

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1931-1932. — N° 122.

**PARALLÈLE ENTRE LES RÉSULTATS ÉLOIGNÉS
DES COLECTOMIES
DROITES ET GAUCHES POUR CANCER**

STATISTIQUE DE M. LE DOCTEUR SANTY

pendant la période 1919-1931

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 4^{er} mars 1932.

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

L. MEYSSONNIER

Ancien Interne des Hôpitaux

né à Lyon le 10 décembre 1904

IMPRIMERIE DE TRÉVOUX

1932

PARALLÈLE ENTRE LES RÉSULTATS ÉLOIGNÉS
DES COLECTOMIES
DROITES ET GAUCHES POUR CANCER

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1931-1932. — N° 122

**PARALLÈLE ENTRE LES RÉSULTATS ÉLOIGNÉS
DES COLECTOMIES
DROITES ET GAUCHES POUR CANCER**

STATISTIQUE DE M. LE DOCTEUR SANTY

pendant la période 1919-1931

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 4^{er} mars 1932.

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

L. MEYSSONNIER

Ancien Interne des Hôpitaux

né à Lyon le 10 décembre 1904

IMPRIMERIE DE TRÉVOUX

1932

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire ...	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE
Assesseur	M. ROLLET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL, VALLAS.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET
Clinique et prophylaxie de la tuberculose	GAYET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	NOVE-JOSSERAND
Chimie biologique et médicale	COURMONT
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	FLORENCE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	MANCEAU
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie externe	POLICARD
Pathologie interne	DOYON
Pathologie et Thérapeutique générales	LERICHE
Anatomie pathologique	FROMENT
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie ..	FAVRE
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique	ETIENNE MARTIN
Pharmacie et Pharmacologie	ROCHAIX
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SAVY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEUR TITULAIRE SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Propédeutique de gynécologie	MM. CONDAMIN
Chargé d'un cours d'Anatomie médico-chirurgicale	THEVENOT (Léon)
Chargé d'un cours d'Embryologie	NOEL

CHARGES DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Puériculture et hygiène de la première enfance	MM. RHENTER
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER
Applications du radium	NOGIER
Stomatologie	TELLIER

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	DUFOURT	BERNHEIM	GUILLEMINET
RHENTER	DEVIC	DECHAUME	MORENAS
MAZEL	GABRIELLE	POLLOSSON	REBATTU Ch.
SANTY	MARTIN (Joseph)	CHAMBON	REVOL Ch.
CHALIER (André)	ROCHET (Ph.)	CIBERT	SEDALLIAN Ch.
CHALIER (Joseph)	WERTHEIMER	EPARVIER	ENSELME Ch.
DUMAS	GATE		

Examineurs de la Thèse :

M. BÉRARD Président,

MM. LAROYENNE, SANTY, CIBERT Assesseurs.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A MES PARENTS

A MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BÉRARD

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

*Il nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.
Nous sommes heureux de pouvoir lui
exprimer ici nos respectueux remer-
ciements.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SANTY

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

*Il a bien voulu nous inspirer le sujet
de notre thèse, nous confier ses obser-
vations, et nous permettre de défendre
ses conceptions.*

*Nous lui sommes redevable de ses
conseils comme de son enseignement
hospitalier. Qu'il veuille bien accepter
ici l'hommage de toute notre grati-
tude.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LAROYENNE

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

Nous nous souvenons des réconfortantes paroles qu'il nous a toujours prodiguées lors de nos débuts dans la voie chirurgicale. C'est pourquoi nous sommes heureux qu'il ait accepté de faire partie de notre Jury.

Nous l'assurons bien respectueusement de notre profonde reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CIBERT

A de multiples reprises, il nous a témoigné son affectueuse estime. Sa présence dans notre Jury nous fournit l'heureuse occasion de lui dire comme nous en sommes touché et combien nous l'en remercions.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DESGOUTTES

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

Nous savons les preuves de grande bonté qu'il nous a si souvent témoignées. Il nous est impossible de traduire l'émotion que nous avons depuis longtemps ressentie d'être l'élève de ce Maître que nous vénérons.

Nous l'assurons ici de notre reconnaissance et de notre dévouement.

A MONSIEUR LE DOCTEUR A. RICARD

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

Il est notre Maître de conférences et nous sommes fier de compter parmi ses élèves. Mais plus encore nous sommes sûr de son amitié qui nous est devenue bien chère.

Qu'il veuille trouver ici l'expression de notre respectueuse et bien sincère affection.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR BÉRARD.

MONSIEUR LE PROFESSEUR TIXIER.

Externat :

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LAROYENNE.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ COTTE.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J. CHALIER.

MONSIEUR LE PROFESSEUR PATEL.

Internat :

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RHENTER.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LAROYENNE.

MONSIEUR LE DOCTEUR DESGOUTTES.

MONSIEUR LE DOCTEUR PERRIN.

MONSIEUR LE DOCTEUR ALAMARTINE.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SANTY.

MONSIEUR LE DOCTEUR DESGOUTTES.

AVANT-PROPOS

Le cancer des côlons a été, depuis ces trente dernières années surtout, l'objet de nombreux travaux cliniques, radiologiques et thérapeutiques. Si, tout en restant dans le cadre étroitement chirurgical qui est le nôtre, nous parcourons les publications qui concernent ce sujet, nous relevons l'influence de deux tendances successives. Tout d'abord, dans ce vaste territoire intestinal qu'on appelle les côlons, les auteurs ont apporté des subdivisions : on s'est efforcé d'individualiser les cancers des différents segments coliques. L'isolement du cancer du cæcum des autres cancers du gros intestin en est un exemple bien caractéristique. Mais, après la dernière thèse sur le cancer du cæcum, que Desmaret publia en 1908, et malgré la thèse beaucoup plus récente de P. Bertrand sur le cancer du côlon transverse et de ses angles, qui date de 1925, une nouvelle tendance s'est affirmée, d'abord dans les travaux lyonnais, puis ailleurs : c'est de renoncer à un démembrement trop poussé des cancers des côlons, pour adopter la classification plus simple et plus rationnelle en cancers coliques droits et gauches. Dès 1908, Jaboulay et Cavaillon, Goullioud, Delore,

Cavaillon et Perrin préconisaient cette manière de voir, qui permet de bien comparer les cas et les méthodes. Les congrès ont reflété cette évolution : tandis qu'au Congrès français de Chirurgie de 1913, l'une des questions mises à l'ordre du jour avait trait à la chirurgie du côlon, mais limitée au segment pelvien, le Congrès de 1922, avec « technique et résultats de l'extirpation des tumeurs du gros intestin (rectum excepté) » proposait ainsi des vues d'ensemble et fournissait l'occasion de mettre en parallèle des faits comparables.

C'est également avec le même esprit que nous avons écrit ce modeste travail, sur les conseils de notre Maître M. Santy, et avec ses seules observations, personnelles, de colectomie.

En publiant les résultats de toutes les colectomies qu'il fit pour cancer, de 1919 à 1931, nous espérons atteindre un double but.

Nous voulons d'abord apporter une statistique intégrale de cas rencontrés en une dizaine d'années, et provenant d'un seul opérateur, ce qui a une signification indiscutable. De tels documents ne représentent-ils pas le meilleur moyen dont nous disposions pour affirmer la valeur d'un traitement chirurgical ? Devant le danger immédiat que comporte toute colectomie pour cancer, certains hésitent beaucoup à poser l'indication opératoire, déconseillent même parfois le traitement chirurgical, si nul accident aigu ne vient forcer la main ; nous n'en retiendrons, à titre d'exemple, que la discussion soulevée à la Société de Médecine de Paris lors de la séance du 14 mars 1924, où, à l'occasion d'un film de Pauchet, MM. Ozenne et Gaultier ont réclamé en

substance des résultats éloignés et non des « images » et se sont montrés véritablement très sceptiques sur l'utilité d'une intervention à prétention curatrice. Les faits que nous apportons, joints à la foule de ceux qui ont été et seront encore accumulés, plaideront une fois de plus en faveur de l'intervention radicale quand elle est chose possible.

Nous espérons aussi et surtout, en utilisant cette classification en cancers droits et gauches dont nous parlions tout à l'heure, comparer les résultats éloignés obtenus pour les cancers droits à ceux qui nous sont fournis par les cancers gauches.

Ce parallèle peut permettre d'établir quelques notions pronostiques chez les colectomisés pour cancer. De plus, nous sommes en présence d'une chirurgie délicate, grave, dont les temps multiples sont souvent difficiles à faire accepter des malades; il est encore possible de l'améliorer. Si nous encourageons, soit en fournissant des résultats éloignés, soit par l'apport de quelque sécurité nouvelle, la cure radicale de ces cancers, nous nous estimerions satisfait.

Après un court aperçu des méthodes opératoires actuellement employées, nous analyserons les principales statistiques récentes de colectomies pour cancer.

Nous donnerons ensuite les résultats de notre Maître M. Santy.

Ces résultats, nous tenterons enfin de les interpréter, en nous basant sur diverses considérations anatomo-cliniques et opératoires.

CHAPITRE PREMIER

Statistiques récentes de colectomies pour cancer.

Avant d'exposer les principaux résultats obtenus par différents auteurs, tant au point de vue immédiat qu'au point de vue éloigné, il nous semble utile de rappeler très brièvement quels sont les procédés d'exérèse qui ont été utilisés pour arriver à ces résultats.

A) LES DIFFÉRENTS PROCÉDÉS DE COLECTOMIE POUR CANCER

En simplifiant à l'extrême, on peut dire, avec *Lenormant*, que toutes ces colectomies se ramènent à trois méthodes fondamentales, la colectomie intra-abdominale en un temps, la colectomie extra-abdominale ou méthode de l'extériorisation, enfin la colectomie immédiate suivie de l'établissement d'un anus *in situ*.

1^e *La colectomie intra-abdominale en un temps*, imaginée par Reybard à Lyon, en 1833, comporte l'exérèse du segment intestinal atteint, puis le rétablissement immédiat de la continuité de l'intestin, ce rétablissement se faisant soit par suture bout à bout, la réunion étant alors termino-terminale, soit par anastomose termino-latérale ou latéro-latérale. A cette colectomie, on peut ajouter une fistulisation du cæcum ou du côlon, en amont du segment où vient de porter la résection. Ou bien encore on peut établir quelques jours avant la colectomie, un anus artificiel, dans le but de vider et de drainer l'intestin; c'est suivre alors la méthode de Schlöffner; Jaboulay et Cavaillon, qui l'ont préconisée en France, la considéraient à tort comme une opération en trois temps : ce n'est en réalité qu'une variante de l'opération en un temps de Reybard.

2^e *La colectomie extra-abdominale, ou méthode de l'extériorisation*, a pour principe l'extériorisation du segment intestinal qui porte la tumeur, avec ou sans section du méso. La tumeur sera réséquée secondairement après que des adhérences péri-coliques se seront formées. La résection sera immédiatement suivie d'une réunion circulaire termino-terminale extra-abdominale; ou bien les deux bouts de l'anse réséquée sont simplement abouchés à la peau : un anus artificiel est ainsi créé, qui sera fermé ultérieurement. C'est donc une véritable méthode en plusieurs temps ; elle a été utilisée par Bloch dès 1892, puis perfectionnée par Mikulicz.

3^e *La colectomie par résection immédiate* est, elle aussi, une véritable méthode en plusieurs temps. Faite

soit intra-abdominale, soit à péritoine fermé, la résection est terminée par l'établissement d'un anus *in situ*, qui sera fermé ultérieurement. C'est le procédé, à quelques variantes près, de Volkmann en Allemagne, de Paul en Angleterre, de Hartmann en France.

Indications des différents procédés de colectomie.

Pratiquement les indications des diverses méthodes sont bien connues, surtout depuis les rapports d'Okinczyk et d'Abadie au Congrès français de Chirurgie de 1922. L'état d'occlusion, la mobilité de la tumeur et l'infection péri-néoplasique, enfin la notion extrêmement importante du siège de la lésion, sont les principaux facteurs à envisager.

1° *Avec occlusion*, tout le monde s'accorde à conseiller la dérivation préalable à distance : la colectomie sera faite plus tard. Cette dérivation sera externe, anus cæcal par exemple, ou interne, par entéro-anastomose.

2° *Sans occlusion*, les méthodes varient selon qu'il s'agit du côlon droit ou du côlon gauche.

Sur le côlon droit, c'est l'hémi-colectomie immédiate sans dérivation qui est indiquée classiquement (en l'absence de tumeur adhérente ou infectée). Cette colectomie, en supprimant la tumeur, enlève aussi le sac septique qui lui est sus-jacent, et enfin reporte l'anastomose rétablissant la continuité intestinale vers une région où le côlon est mobile : de la sorte, l'anastomose se trouve aussi éloignée que possible du tissu cellulaire rétro-péritonéal si facile à infecter (Lecène).

Sur le côlon gauche, la stase sus-jacente à la tumeur se présente de façon trop constante pour qu'on puisse se dispenser d'établir une dérivation. Selon les cas et les préférences personnelles, on choisira la dérivation préalable à distance, suivie de colectomie segmentaire avec entérorraphie secondaire, à la façon de Baum, Schlöffner, Jaboulay et Cavaillon, ou bien l'extériorisation suivie de la cure secondaire de l'anūs (Bloch, Mikulicz, Paul, Hartmann, Bouilly, Volkmann, Quénu, Duval).

3° Des difficultés particulières surgissent lorsqu'il s'agit de *tumeurs adhérentes et infectées*. Dans son rapport de 1922, Okinczyk a proposé, pour éviter le danger de cellulite rétro-péritonéale qu'entraînerait la mobilisation immédiate de ces tumeurs, l'exclusion uni- ou bilatérale préalable de l'anse malade, dans le cas de tumeur du côlon droit. Ce n'est que dans un deuxième temps que l'on pourra pratiquer l'exérèse de l'anse exclue. Pour le côlon gauche, au lieu d'extérioriser, il faut établir une dérivation préalable, et ne tenter la colectomie avec suture immédiate qu'après un temps suffisant de lavage et de désinfection du côlon.

Tels sont, très brièvement esquissés, les divers procédés utilisés dans la cure radicale des cancers des côlons. On a pu se rendre compte, au cours de cette vue d'ensemble, que la distinction entre cancers droits et cancers gauches domine de façon constante le choix des méthodes. En dehors de toute complication, le cancer droit est opéré en un temps, le cancer gauche, en

plusieurs temps. Telle est la formule actuellement classique ; mais le traitement radical de ces cancers est encore chargé d'une bien grosse mortalité, les résultats éloignés sont souvent médiocres : autant de raisons qui font penser que le traitement radical n'est pas aussi bien codifié qu'on veut le dire. Effectivement, quelques discussions sont encore soulevées par certains auteurs qui voudraient ramener tous les cancers coliques (en dehors de complication) à être opérés en un seul temps. Cette ligne de conduite nous paraît inacceptable, et si, nous aussi, nous tendons à nous écarter de la formule classique, c'est dans un esprit bien différent, tout opposé même : nous préconisons pour le cancer droit, *la colectomie en deux temps*, iléo-colostomie d'abord, hémi-colectomie droite ensuite, *et cela en l'absence de la moindre complication*, même dans les cas de tumeur très mobile et d'exérèse facile. Nous en exposerons nos raisons au cours de l'interprétation de nos résultats éloignés.

B) LES RÉSULTATS DES COLECTOMIES POUR CANCER

selon les données des principales statistiques récentes

Parmi les statistiques déjà anciennes, nous ne retiendrons que celle de *de Bovis*, publiée en 1900 : de Bovis a réuni 171 cas de colectomie pour cancer, ces cas appartenant à de nombreux opérateurs différents. Sur ce grand nombre d'interventions, on relève 117 cas de guérison opératoire ; si, parmi ce nombre, nous écar-

tons les tumeurs cæcales valvulaires, qui sont des lésions trop individualisées pour être étudiées avec les tumeurs du côlon droit, il reste, parmi les cas guéris opératoirement :

91 cas de cancer du côlon droit ;

40 cas de cancer du côlon gauche.

Les résultats éloignés sont peu satisfaisants : parmi les opérés que l'on a pu suivre, il a été constaté :

Pour les cancers droits, 12 guérisons datant de un an, 4 guérisons seulement datant de 2 ans et plus.

Pour les cancers gauches, 6 guérisons datant de un an, 2 guérisons seulement datant de 2 ans et plus.

En somme, d'après les chiffres fournis par de Bovis, les résultats éloignés sont à peu près équivalents pour les cancers droits et pour les cancers gauches.

Desmaret, dans sa thèse qui date de 1907, a réuni 95 cas de colectomie pour cancer du cæcum, ces interventions étant toutes postérieures à 1900.

Les résultats immédiats sont les suivants :

29 morts, 30,2 % de mortalité opératoire.

Résultats éloignés : ont été constatées :

11 survies entre un an et 2 ans ;

11 survies entre 2 et 3 ans ;

3 survies entre 3 et 4 ans ;

2 survies entre 4 et 5 ans ;

3 au delà de 5 ans.

Dans l'ensemble, les résultats éloignés mentionnés sont certainement très incomplets, les malades n'ayant

pas été recherchés systématiquement : tels qu'ils sont, ils fournissent déjà un certain nombre de survies appréciables à l'actif de la colectomie pour cancer du côlon droit.

Plus récemment, en 1913, plusieurs statistiques étrangères ont été publiées : celle de *Körte* notamment réunissait un total de 434 opérations radicales pour cancer du gros intestin. Sur ce nombre, 266 malades ont survécu à l'opération, et parmi ces malades, 110 restent guéris depuis trois ans ou plus ; on peut ainsi noter une proportion de 38,5 % de résultats éloignés intéressants sur le nombre des malades ayant guéri opératoirement. Sur l'ensemble des opérés, cette proportion se trouve encore de 25,5 %.

Mais ces chiffres ont été obtenus en additionnant les résultats de 15 grandes statistiques allemandes, anglaises et américaines ; les enquêtes ne portant que sur des malades opérés par le même chirurgien ont certainement une toute autre importance, et parmi ces statistiques personnelles, nous mentionnerons rapidement celle de *Körte* et celle de *Waldenström*, qui datent aussi de 1913 :

Waldenström a pu suivre 27 opérés sur 28 ayant survécu à l'opération. Sur ce chiffre, il compte 12 récurrences plus ou moins rapides, tandis que 15 malades restent guéris, soit plus de la moitié : 5 de ces guérisons datent de 4 ou 5 ans, 4 de 8 à 10 ans, 1 de 14 ans, 1 de 20 ans. Au total, 11 opérés sur 27, soit 40 %, ont eu une guérison prolongée.

Körte a pratiqué 83 opérations radicales, et 59 malades ont survécu à l'opération ; sur ce nombre, et en tenant compte des malades perdus de vue et des cas trop récents pour qu'on puisse en tenir compte, il reste 20 récidives constatées, et 23 guérisons datant de 3 ans ou plus. La proportion des guérisons durables est de 39 % sur le nombre des malades ayant supporté l'opération, de 27,7 % sur l'ensemble des opérés.

Certaines de ces guérisons sont déjà très anciennes, puisque l'on peut compter : 18 guérisons datant de 3 à 9 ans, 5 de 10 à 21 ans.

Ce sont les cancers sigmoïdiens, puis ceux du *côlon droit*, qui ont donné les meilleurs résultats éloignés.

Dans sa thèse qui date de 1914, *Cruet* a réuni 119 cas de cancers du côlon droit et du côlon gauche traités radicalement. Ces cas appartiennent à divers opérateurs.

a) *Les résultats immédiats* sont les suivants :

95 guérisons opératoires (mortalité de 20,3 %) ;

6 morts sur 23 cancers du côlon droit ;

18 morts sur 94 cancers du côlon gauche ;

26 % de mortalité pour les cancers droits ;

19 % de mortalité pour les cancers gauches.

b) *Les résultats éloignés* cités par *Cruet*, d'après les chiffres fournis par les différents opérateurs qui purent suivre une bonne partie de leurs opérés, sont, à notre point de vue, très utiles à connaître :

Pour les cancers droits, notons, sur 23 cas opérés, c'est-à-dire sur 17 guérisons opératoires :

1° 7 *résultats médiocres*, ou trop récents pour être utilisés, dont 4 récidives, ou métastases constatées 2 mois, 6 mois, un an, un et trois mois après l'opération.

2° 7 *bons résultats*, survies échelonnées entre 3 et 7 ans, avec trois très bons résultats, survies au delà de 5 ans.

Pour les cancers gauches, sur 94 cas opérés, Cruet mentionne 18 morts opératoires ; ce chiffre peut d'ailleurs être porté à 20, si l'on tient compte de deux morts trop précoces pour ne point faire partie de la mortalité opératoire. Sur les 74 opérés qui ont survécu, on compte :

1° 38 *résultats médiocres*, ou de date trop récente pour qu'on puisse en faire état, avec au moins 21 récidives ou métastases constatées à des dates s'échelonnant entre quelques mois et deux ans et quelques mois après l'opération.

2° 19 *bons résultats*, survies vérifiées entre 2 et 7 ans après l'opération, avec 6 très bons résultats, survies au delà de 5 ans.

Si nous traduisons ces chiffres par des proportions, nous trouvons une notable différence entre les résultats éloignés des cancers droits et ceux des cancers gauches :

Cancers droits, sur 17 guérisons opératoires :

41 % de résultats médiocres ;

Dont 23,5 % de récidives constatées ;

Et 41 % de bons résultats, *survies au delà de 3 ans*, dont 17,6 % de très bons résultats (survies au delà de 5 ans).

Cancers gauches, sur 74 guérisons opératoires :

51 % de résultats médiocres ;

Dont 28,3 % de récidives constatées ;

Et 25 % de bons résultats (*en abaissant cette fois le minimum de survie à 2 ans, au lieu de 3 ans*, chiffre que nous avons adoptés pour les cancers droits).

Parmi ces bons résultats, nous ne trouvons plus que 8 % de très bons résultats, survie au delà de 5 ans.

La statistique de Cruet nous fournit donc des chiffres qui établissent une importante différence entre les valeurs des survies chez les colectomisés ; d'après l'analyse précédente, le cancer droit réserve de bien meilleurs résultats : 17,6 % de survies au delà de 5 ans, alors que le cancer gauche n'en fournit que 8 %, c'est-à-dire moins de la moitié.

En 1922, *Goullioud* a présenté à la Société Nationale de Chirurgie quelques résultats anciens d'opérations radicales pour cancer du côlon : l'intérêt réside ici uniquement dans l'ancienneté des guérisons, puisqu'il ne s'agit que d'une série de six cas.

— Un cancer cæcal fournit une survie de 22 ans ;

— Un cancer du transverse, une survie de 16 ans ;

— 4 cancers du côlon ilio-pelvien fournissent des survies de 9, 14, 18 et 23 ans.

Lecène, dans une communication faite en 1921 à la Société Nationale de Chirurgie, a insisté sur la fré-

quence des bons résultats éloignés dans les cancers du côlon droit. Les 7 cas présentés sont certainement compris dans la statistique qu'Okinczyc apporta au Congrès français de Chirurgie de 1922. Nous analyserons néanmoins à part ces sept cas pour la conclusion qu'ils suscitent :

a) *Résultats immédiats :*

5 guérisons opératoires ;

2 morts par infection générale due à une cellulite rétropéritonéale.

b) *Résultats éloignés :*

3 cas sont récents et les opérés vont bien ;

2 cas sont anciens, les guérisons datent de 3 et 7 ans.

Pour ces sept résections, Lecène avait réalisé une large hémicolectomie droite. Dans tous les cas, des ganglions étaient envahis par le cancer sur le mésocôlon ascendant, le long des artères coliques (vérification histologique). Malgré ce fait, on note déjà deux belles guérisons de 3 et 7 ans ; aussi Lecène dit-il à ce sujet que si la colectomie droite pour cancer est encore grevée d'une forte mortalité opératoire, les résultats éloignés, par contre, se montrent souvent très favorables.

Le Congrès français de Chirurgie de 1922 a fourni à Okinczyc l'occasion d'apporter une statistique importante puisqu'elle résume l'expérience d'un même service pendant 25 années, avec ses trois opérateurs : H. Hartmann, P. Lecène, et Okinczyc lui-même.

Il s'agit de 93 cas de résection du côlon pour cancer.

a) *Les résultats immédiats sont les suivants :*

- Mortalité opératoire : 39 % (37 morts) ;
- Sur 25 cancers du côlon droit, 8 morts (32 %) ;
- Sur 15 cancers du transverse, 9 morts (60 %) ;
- Sur 53 cancers du côlon gauche, 20 morts (37,7 %).

b) *Les résultats éloignés* portent sur 56 malades guéris opératoirement : en tenant compte des malades qui n'ont pas été retrouvés, et de ceux qui sont morts d'une autre affection, il reste 19 cas de cancer du côlon gauche et du côlon pelvien ; et 15 cas de cancer du côlon droit.

— *Pour le côlon gauche et le côlon pelvien :*

1° Sur 19 cas, 9 *récidives constatées*, proportion de récidives de 47,3 %.

2° 12 *résultats médiocres*, avec récidive avant 3 ans, ou bien de date trop récente pour qu'on puisse en tenir compte.

3° 7 *bons résultats*, survies de 3 ans et plus, proportion de 36,8 % de bons résultats, avec 3 très bons résultats, survies de 5 ans et plus, soit proportion de 15,7 % ; encore faut-il noter, parmi ces très bons résultats, une métastase hépatique survenue 5 ans et 4 mois après l'exérèse d'un cancer du côlon pelvien.

— *Pour le côlon droit :*

1° Sur 15 cas, 3 *récidives ou généralisations constatées*, proportion de 20 % (au lieu de 47,3 % de récidives pour le côlon gauche).

2° 6 *résultats médiocres*, avec récédive avant trois ans, ou bien cas trop récents pour qu'on puisse en tenir compte.

3° 8 *bons résultats*, survies de trois ans et plus, proportion de 53,3 % de bons résultats (au lieu de 36,8 % pour le côlon gauche). On note 5 très bons résultats, survies de 5 ans et plus (parmi eux, il faut compter un cas récidivé au bout de 3 ans et prolongé 2 ans encore pour nouvelle iléo-colostomie. La proportion de très bons résultats pour le cancer du côlon droit est ainsi de 33,3 % au lieu de 15,7 % sur les cancers des côlons gauche et pelvien.

La statistique apportée par Okinczyc permet donc d'établir, elle aussi, une notable différence entre les résultats éloignés des opérations radicales pour les cancers gauches et les cancers droits. Ceux-ci ont fourni deux fois moins de récédives constatées et deux fois plus de résultats favorables que les cancers gauches.

Duvergey, au Congrès français de Chirurgie de 1922, obtient sur 11 cas de cancer du gros intestin, les résultats suivants :

Sigmoïde, 2 cas :

- Une mort opératoire ;
- Une survie qui remonte à 3 ans.

Côlon transverse, 3 cas :

- Une récédive 18 mois après ;
- Deux guérisons maintenues depuis 6 ans et plus.

Cæcum, 6 cas :

- Une mort opératoire ;

— 5 guérisons qui datent de 4 ans, 5 ans, 10 ans, 11 ans, 13 ans.

Dans la thèse de *Pierre Bertrand*, datant de 1925, nous trouvons réunis 74 cas d'opération radicale pour cancer de l'angle droit, et 87 cas pour cancer de l'angle gauche.

Angle droit :

— *Résultats immédiats* : 43 guérisons opératoires, 40,2 % de mortalité.

— *Résultats éloignés* : un petit nombre de résultats restent connus :

1° 5 *récidives* ;

2° 6 *résultats médiocres* ou trop récents ;

3° 7 *bons résultats*, survies de 3 ans et plus, avec 5 très bons résultats, survies de 5 ans et plus.

Angle gauche :

— *Résultats immédiats* : 64 guérisons opératoires, 20,2 % de mortalité.

— *Résultats éloignés* : les malades suivis sont peu nombreux :

1° 8 *récidives* ;

2° 3 *résultats médiocres* ou trop récents ;

3° 11 *bons résultats*, survies de trois ans et plus, avec 5 très bons résultats, survies de plus de 5 ans.

D'après les chiffres recueillis par *Pierre Bertrand*, les résultats éloignés sont donc de même ordre, sensiblement analogues, pour les cancers de l'angle droit et pour ceux de l'angle gauche.

Anselme Schwartz a apporté, en 1924, à la Société Nationale de Chirurgie, 8 cas de colectomie par extériorisation pour cancer du côlon gauche (2 cancers du transverse, un cancer du côlon descendant, 5 cancers du côlon pelvien).

— *Résultats immédiats* : sur 8 cas, 8 guérisons opératoires (une mort retardée, pincement du grêle par entérotome).

— *Résultats éloignés* :

— 4 résultats médiocres, avec 3 récides probables, et un cas trop récent.

— 3 bons résultats, survies de 3 ans, 4 ans, 5 ans.

Le même opérateur a présenté à la même séance 4 cas de cancer pelvien avec résection intestinale immédiate et anus *in situ* :

— Une mort post-opératoire ;

— Une mort par récide dans l'année ;

— Une récide pariétale réopérée, survie de 2 ans depuis la nouvelle opération ;

— Un malade perdu de vue.

En somme, selon les données de *Schwartz*, on ne trouve, à la date de la publication, que trois bons résultats sur 12 colectomies pour cancer du côlon gauche, et par contre 5 récides constatées, ce qui rappelle les résultats fournis par *Okinczyk*.

Hartmann, peu après *Schwartz*, apporte à la même Société des résultats qui nous paraissent analogues :

Sur 27 colectomies par extériorisation pour cancer du

côlon gauche et cancer du côlon pelvien, il faut noter 6 morts opératoires, et 2 morts par fermeture d'anus.

Les résultats éloignés sont les suivants (sur 13 malades suivis) :

1° 6 résultats médiocres avec 5 récidives, et une survie qui ne date encore que de deux ans.

2° 7 guérisons au delà de trois ans, dont 4 très bons résultats, survies de 5 ans et plus.

De tels résultats, bien que très satisfaisants, font une large part aux récidives.

Pauchet, à la Société de Médecine de Paris, a présenté une série de 19 résections du côlon droit pour cancer. La mortalité immédiate atteint 15 % environ, 3 morts.

Les résultats éloignés sont peu satisfaisants :

Sur 6 opérés en 2 temps, tous sont morts dans l'année, de métastase hépatique en particulier ; celui qui a vécu le plus longtemps a eu une survie de 14 mois. La moyenne des survies après colectomie droite serait basse pour *Pauchet*, et atteindrait le chiffre de 2 ans et 3 mois.

Les conclusions de *Pauchet* sont les suivantes : « Les résultats éloignés du cancer du côlon droit réséqué sont moins bons que ceux du côlon gauche. »

Nous sommes arrivés, en analysant les statistiques récentes, à l'opinion absolument contraire.

D'ailleurs les renseignements récents fournis par les dernières statistiques étrangères tendent, eux aussi, à prouver que les meilleurs résultats éloignés sont fournis par les cancers droits.

Rankin, de Louisville, et *Scholl*, de Rochester, ont apporté en 1923 les résultats éloignés des opérations radicales faites à la clinique Mayo pour les cancers du cæcum et du côlon ascendants pendant la période 1916-1921 :

Nombre de malades opérés : 150.

Renseignements post-opératoires complets : 133.

Malades encore vivants en 1923 : 57, soit 42,8 %.

Malades morts à cette date : 76, soit 67,2 %.

Parmi les malades décédés, on compte :

23 survies de un mois ;

32 de 2 à 12 mois ;

14 de 1 à 2 ans ;

7 de 3 à 15 ans.

Parmi les opérés encore vivants :

11 survies de 1 à 2 ans ;

7 de 3 ans ;

6 de 4 ans ;

30 de 5 à 10 ans ;

13 de 10 à 15 ans.

En somme, sur 150 cas de colectomie droite pour cancer, on note 63 survies de 3 ans au minimum, c'est-à-dire 63 bons résultats, dont 43 très bons résultats avec survie de 5 ans au moins. Donc, sur 150 cas, 42 % de bons résultats, dont près de 30 % de très bons résultats constatés.

Enfin *K. Paterson Brown* a publié, en 1926, les résultats éloignés de 65 résections pour cancer des côlons. Cet auteur considère que les résultats sont bien meilleurs pour les cancers droits.

A droite :

— Sur 10 cancers du cæcum, 3 guérisons de 4 à 6 ans ;

— Sur 8 cancers du côlon ascendant, 2 guérisons de plus de 4 ans, et 3 opérés bien portants, mais de moins de 4 ans.

A gauche :

— Sur 21 cas de cancer pelvien, guéris opératoirement, 4 survies de 4 ans et, il est vrai, 7 guérisons plus récentes.

— Quant aux cancers du transverse, de l'angle splénique, du côlon descendant, ils n'ont fourni aucune guérison maintenue pendant 4 ans.

Ainsi, des principales statistiques publiées, et que nous venons d'analyser succinctement, se dégage une double notion, fréquence relative des bons résultats éloignés pour les cancers droits opérés radicalement, rareté relative de ces résultats pour les cancers gauches.

CHAPITRE II

Statistique des colectomies pour cancer exécutées par M. Santy au cours de la période 1919-1931.

Après une vue d'ensemble des résultats immédiats et des résultats éloignés, nous apporterons nos observations. Nous n'avons pas compris dans cette statistique les cas de cancer localisés à la valvule iléo-cæcale ; ces cas ont une individualité telle, au moins dans les premières phases de leur évolution, qu'ils ne peuvent être étudiés avec les cancers du côlon droit sans apporter avec eux une certaine cause d'erreur.

De même, nous n'avons pas recueilli les cas de cancer ilio-pelvien bas-situés, qui appartiennent bien plus, à vrai dire, au recto-sigmoïde qu'au côlon ; seuls, les cancers iliaques siégeant sur les parties haute ou moyenne du côlon iliaque ont été gardés dans la série du côlon gauche.

A) VUE D'ENSEMBLE DES RÉSULTATS

§ 1. — *Résultats concernant les cancers droits et gauches réunis.*

— Nombre de malades colectomisés : 35.

— Nombre de guérisons opératoires : 24.

Mortalité opératoire de 31,4 % en comptant même les opérés décédés précocement d'affection intercurrente.

— Nombre de malades dont on ignore complètement la survie : 1.

— Nombre de récidives constatées : 7, soit 29,1 % de récidives sur le chiffre des guérisons opératoires.

— Nombre de bons résultats, guérisons datant de 3 ans au minimum : 6, soit 25 % de bons résultats constatés à l'heure actuelle sur le chiffre des guérisons opératoires. Il est vrai que nous comptons aussi 9 guérisons maintenues jusqu'à l'heure actuelle, mais encore trop récentes pour qu'on puisse en tenir compte.

§ 2. — *Résultats concernant les cancers droits.*

1° *Résultats immédiats :*

— Sur 15 cas, 9 guérisons opératoires (mortalité de 40 %).

2° *Résultats éloignés :*

— 1 mort par récurrence l'année suivante.

— 4 guérisons de date récente, moins de 1 an, 1 an, plus de 1 an et 2 ans.

— 4 très bons résultats ; guérisons maintenues depuis : 7 ans, 8 ans, près de 10 ans, 10 ans.

§ 3. — *Résultats concernant les cancers gauches.*

1° *Résultats immédiats :*

— Sur 20 cas, 15 guérisons opératoires (mortalité de 25 %).

2° *Résultats éloignés :*

— 1 résultat entièrement inconnu.

— 1 mort au bout d'un an par fièvre typhoïde certaine.

— 6 récides ou métastases constatées :

2 métastases hépatiques, mort en quelques mois.

1 récide pariétale 10 mois après, et mort.

1 récide avec nouvelle occlusion un an après, nouvelle intervention, décès.

1 récide 7 mois après, et décès.

1 nouvelle occlusion au bout de 14 mois, par greffe oblitérant l'iléo-sigmoïdostomie ; nouvelle anastomose, généralisation péritonéale et mort 6 mois après la ré-intervention.

— 5 guérisons de date trop récente pour en tenir compte :

3 datant de moins de 1 an ;

1 de 1 an ;

1 de 2 ans.

— 2 bons résultats : 1 guérison maintenue pendant 3 ans (mais aucune nouvelle de l'opéré depuis 1925), et une guérison maintenue depuis 10 ans.

§ 4. — *Parallèle entre les résultats éloignés
fournis par les cancers droits et gauches*

Cancer droit, 15 guérisons opératoires :

1 récurrence ;

4 très bons résultats.

Proportion des récurrences : 11,1 %.

Proportion des bons résultats : 44,4 %.

Cancer gauche, 15 guérisons opératoires :

6 récurrences ;

2 bons résultats.

Proportion des récurrences : 40 %.

Proportion des bons résultats : 13,3 %.

La conclusion s'impose : Les colectomies droites ont fourni de bien meilleurs résultats éloignés que les colectomies gauches.

B) OBSERVATIONS

1) Cancers du côlon droit ; morts opératoires.

OBS. I. — (*In Thèse Bertrand*). *Cancer squirrheux de l'angle droit, hémicolectomie droite en un temps, mort au 10^e jour.*

Homme de 48 ans, en état d'occlusion depuis 4 jours, sans antécédents ; péristaltisme cæcal intense ; pas d'altération de l'état général. *Intervention le 9 octobre 1923* : Laparotomie latérale droite ; cancer squirrheux du côlon ascendant et de l'angle droit, du volume d'une orange ; on le libère assez facilement en clivant le méso au devant du duodénum. Hémi-

colectomie droite, anastomose termino-terminale au bouton de Villard.

Suites d'abord satisfaisantes, puis fièvre de péritonite progressive qui emmène le malade le 10^e jour.

OBS. II. — *Mlle Cou...*, 55 ans. Gros néoplasme du côlon cæco-ascendant, hémicolectomie droite en un temps, mort au 4^e jour.

Depuis un an, grande anémie d'allure néoplasique ; amaigrissement de 13 kilogs en 3 mois ; masse volumineuse dans la fosse iliaque droite, paraissant due à un néoplasme caecal. A la radioscopie, image lacunaire du cæcum, masquant sa moitié inférieure. *Intervention le 29 septembre 1921* : Sous rachianesthésie, incision oblique externe droite ; très grosse tumeur du cæcum au niveau de la valvule, avec envahissement du cæcum et du côlon ascendant qui sont rétractés sur eux-mêmes ; tumeur encore mobile, mais tenant cependant aux plans postérieurs. Section du transverse à 7 centimètres de l'angle droit, et du grêle à 10 centimètres de la valvule ; ablation de tout le bloc qui tient un peu à l'uretère que l'on clive. Iléo-transversostomie latéro-latérale au bouton dans de bonnes conditions.

Décès au 4^e jour, après hémiplégie. *Vérification* : petit foyer purulent au contact de l'anastomose.

OBS. III. — *Mme Gou...*, 51 ans. Gros néoplasme du caecum, résection en un temps, mort au 7^e jour.

Douleurs digestives à type tardif, tumeur dans la fosse iliaque droite. *Intervention le 30 novembre 1923* : Laparotomie latérale droite ; gros néoplasme du cæcum. Colectomie droite, anastomose termino-terminale au bouton de Villard.

Décès au 7^e jour. *Vérification* : bouton désuni ?

OBS. IV. — *Femme de 73 ans. Gros néoplasme du caecum, résection en un temps, mort au 8^e jour.*

Vue en sub-occlusion. *Intervention le 1^{er} juin 1923*, laparotomie médiane, énorme tumeur squirrheuse du cæcum. Colectomie droite suivie d'anastomose iléo-colique au bouton de Villard.

Décès au 8^e jour après l'intervention.

OBS. V. — *Mme Go..., 63 ans. Néoplasme du côlon ascendant, colectomie droite en un temps, mort.*

Malade vue en avril 1927, avec le diagnostic de tumeur. Laparotomie, néoplasme du côlon ascendant. Colectomie droite et anastomose iléo-colique. Décès.

OBS. VI. — *M. Gan..., 47 ans. Grosse tumeur du cæcum, hémicolectomie en un temps, mort.*

Troubles digestifs, diarrhée, amaigrissement léger, digestions lentes. Tumeur douloureuse et mobile dans l'hypocondre droit. A la radioscopie, image lacunaire sur le cæcum. *Intervention le 23 janvier 1928* : Laparotomie droite sous anesthésie à l'éther ; tumeur cæcale du volume d'un gros poing d'adulte, massive et dure ; le cæcum ne semble perméable que sur son bord interne. Hémicolectomie difficile, l'hémotase d'une grosse artère nécessite trois pinces à demeure. Iléo-transversostomie termino-terminale au bouton de Villard, mèche et drain. Décès dans les premiers jours après l'intervention.

2) Cancers du côlon droit ; guérisons opératoires.

OBS. VII. (*In Lyon Chirurgical*, t. XX, n^o 1, janvier 1923, p. 110). — *Sr E..., 50 ans. Néoplasme volumineux du côlon caeco-ascendant ; hémicolectomie en un temps, guérison datant de 10 ans.*

Long passé pathologique intestinal ; avait subi une appendicectomie 19 ans auparavant pour manifestations doulou-

reuses de la fosse iliaque droite ; depuis, a toujours souffert de constipation douloureuse, souffrances si vives depuis deux ans qu'elle prend des doses considérables de sédatifs variés. Vue très anémiée et amaigrie ; localement, péristaltisme cæcal ; à la radioscopie, stase cæcale anormale. *Intervention le 21 mars 1922* : Sous anesthésie à l'éther, laparotomie droite ; tumeur du côlon ascendant, siégeant exactement à la limite supérieure du cæcum, mobile, du volume d'une mandarine et sans ganglions. Hémicolectomie par section de l'iléon à 8 centimètres de la valvule et décollement du côlon droit avec la moitié droite du transverse ; celui-ci est sectionné à hauteur de l'angle duodéno-jéjunal. Iléo-transversostomie termino-terminale au bouton. *Suites* simples, légère élévation thermique avant l'expulsion du bouton qui survient le 8 avril. *Examen de la pièce* : ressemble aux cancers squirrheux ulcérés du pylore.

Actuellement l'opérée est toujours en excellente santé (février 1932). Transformée depuis l'intervention, elle assure régulièrement son service hospitalier.

OBS. VIII (*In Thèse Bertrand*). — Gros néoplasme du côlon transverse, près de l'angle droit, extériorisation et résection immédiate, fermeture secondaire de l'anus, guérison datant de près de 10 ans.

Homme de 47 ans. Tumeur sentie sous le foie, indolente, avec amaigrissement de 15 kilogs en quelques mois ; perte de l'appétit. Pas de passé biliaire, on fait le diagnostic de cancer du transverse ou peut-être de la grande courbure. Aurait eu une crise douloureuse il y a un mois. *Intervention le 2 mai 1922* : Incision transversale sus-ombilicale ; gros cancer du transverse, près de l'angle droit ; extériorisation difficile par suite de la brièveté du mésô ; libération pénible au niveau du duodénum ; résection immédiate après extériorisation, suivant la technique d'Hartmann, par rapprochement des deux bouts en canon de fusil et suture de la partie mésentérique

des deux tranches l'une à l'autre. Mise en place d'un tube de Paul dans le bout afférent.

Le 10 mai, *suites* troublées par une hémorragie du méso. Le 15 juin, le malade est en parfait état, il a repris plusieurs kilogs. L'anse n'ayant pas tendance à se fermer spontanément, mise en place de l'entérotome de Dupuyten. Le 20 juillet, on achève de fermer l'anus par suture des bords ; en octobre, on ferme une fistule résiduelle et le malade rentre chez lui. Actuellement, février 1932, a repris depuis longtemps son travail d'avant l'intervention, santé satisfaisante.

OBS. IX. (*In Thèse Bertrand*). — *Gros néoplasme de la partie droite du côlon transverse, extériorisation et résection immédiate de la tumeur, fermeture secondaire de l'anus. Guérison depuis 8 ans.*

Mlle P..., 51 ans. Pas d'antécédents digestifs, quelques coliques depuis 6 mois. En décembre 1923, coliques très violentes dans la fosse iliaque droite, avec ballonnement et vomissements ; autres crises moins violentes depuis. A la palpation de la fosse iliaque droite, masse double bilobée qui paraît être le côlon transverse. A la radioscopie, énorme lacune occupant toute la moitié droite du transverse. *Intervention le 15 février 1924* : Laparotomie transversale sus-ombilicale droite, extériorisation d'un cancer très volumineux siégeant sur la moitié droite du transverse et atteignant l'angle droit. La tumeur apparaît plaquée au devant du duodénum ; on libère péniblement le méso rétracté ; on est obligé de dénuder la face antérieure du duodénum. Extériorisation et adossement en canon de fusil, résection immédiate de la tumeur ; un tube de Paul sur le bout afférent. Le méso renfermé de nombreux ganglions néoplasiques.

Suites troublées passagèrement, à partir du 5^e jour, par des vomissements bilieux de sub-occlusion duodénale. En avril 1924, on coupe l'éperon à l'entérotome et on ferme l'anus sans difficulté. En juin 1925, puis le 15 avril 1931, la malade est

revue : éventration au niveau de l'ancienne incision ; aucun signe de récidence, très bon état général. En janvier 1932, les nouvelles de la malade sont toujours satisfaisantes.

OBS. X. — *Mme Ri...*, 54 ans. *Gros néoplasme cæcal, résection du cæcum en un temps, guérison datant de 7 ans.*

Troubles digestifs à répétition depuis 1920, avec poussées fébriles. A l'examen, ventre obèse, masse dans la fosse iliaque droite, collée contre les plans profonds et douloureuse ; on pense à une appendicite rétro-cæcale possible. *Intervention le 27 novembre 1924* : Laparotomie droite sous rachianesthésie. Enorme tumeur de la face postérieure du cæcum et soulevant sa paroi antérieure ; fixité relative. Section première de l'épiploon, rabattement de la tumeur de bas en haut et de dedans en dehors ; ligature préventive de l'artère colique droite inférieure ; clivage long et difficile. Résection du cæcum, suivie d'anastomose de l'iléon et du côlon ascendant, termino-terminale au bouton de Jaboulay. Mèche et drain dans le décollement. *Suites* intestinales simples, mais infection pariétale à caractère gangreneux, malgré le soin pris de ne pas fermer la paroi.

Malade revue 3 ans après l'opération, se plaignant d'un peu d'entérite (selle immédiate après le repas de midi) ; éventration maintenue par une ceinture. Mais 5 ans après l'intervention, les troubles intestinaux ont disparu ; embonpoint notable. Dernières nouvelles datant de janvier 1932, mène une vie très active, marche beaucoup, excursionne.

OBS. XI. — *Mme Lo...*, 58 ans. *Néoplasme annulaire du côlon ascendant, hémicolectomie en un temps, récidence et mort l'année suivante.*

Crises douloureuses à type occlusif depuis 6 mois, sans amaigrissement. Masse floue très mobile, un peu haute dans la fosse iliaque. A la radioscopie, image lacunaire sur le côlon ascendant, légère rétro-dilatation du grêle. *Intervention le 26 octobre 1926* : Sous rachianesthésie, laparotomie droite.

Cancer annulaire en ficelle, siégeant sur le côlon ascendant, très près de l'angle droit, mobile, mais avec nombreux ganglions le long des vaisseaux coliques droits, allant presque jusqu'à la ligne médiane ; le cæcum sous-jacent n'est pas distendu. Hémicolectomie droite dépassant de justesse les ganglions ; iléo-transversostomie terminó-terminale au bouton de Villard ; drain dans le décollement. *Suites* simples, évacuation normale du bouton.

Récidive et mort l'année suivante.

OBS. XII. — *M. Da...*, 60 ans. *Squirrhe du cæcum, hémicolectomie droite en deux temps. Guérison datant de 2 ans.*

Souffre de l'estomac depuis longtemps ; coliques et douleurs tardives dans le bas-ventre, indigestions répétées le soir, depuis six mois ; amaigrissement de 5 kilogs en un an. Radioscopie négative, il y a trois mois. A l'examen, tumeur du côlon ascendant, péristaltisme et gangouillements cæcaux. *Premier temps le 27 janvier 1930* : Sous anesthésie au Schleich, laparotomie sous-ombilicale médiane, on reconnaît un squirrhe atrophique du cæcum, très mobile ; malgré une préparation de trois jours, la terminaison du grêle est un peu distendue. Iléo-transversostomie terminó-latérale au bouton de Villard, satisfaisante, l'iléon est sectionné à 10 centimètres du cæcum ; au cours des manœuvres d'anastomose, on voit que le grêle contient encore du liquide et le transverse, quelques matières. *Suites* simples, bouton évacué au 12^e jour. Pas de diarrhée, plutôt un peu de constipation. *Deuxième temps le 13 février 1930* : Sous anesthésie au Schleich, laparotomie oblique droite. Hémicolectomie droite aisée, qui s'arrête à proximité immédiate de l'anastomose iléo-transverse ; enfouissement du moignon colique en 4 plans ; l'anastomose, vérifiée, paraît en bon état ; au cours de la résection du mésocôlon ascendant, on enlève un gros ganglion. Petite mèche. *La pièce opératoire* est un volumineux cancer ulcéré du cæcum paraissant avoir débuté sur la valvule ; le néoplasme est largement dépassé vers le haut. *A l'examen histologique* (M. le Pr. agrégé Noël),

épithélioma cylindrique métatypique ; le ganglion prélevé présente une grosse hyperplasie des éléments réticulo-endothéliaux, sans envahissement néoplasique.

Suites troublées par des phénomènes pulmonaires fébriles, avec expectoration purulente ; localement, suppuration pariétale minimée. Guérison parfaite jusqu'à maintenant, 30 janvier 1932 ; transit intestinal régulier.

OBS. XIII. — *Mme Du...*, 70 ans. *Gros néoplasme du côlon ascendant, hémicolectomie en deux temps. Guérison datant de 16 mois.*

Coliques et ballonnement depuis un an. A l'examen, tumeur très mobile du côlon ascendant, dilatation cæcale en amont. *Premier temps* le 11 septembre 1930 : Laparotomie médiane sous anesthésie au Schleich. Gros cancer annulaire du côlon ascendant ayant tendance à s'invaginer dans le transverse. Le grêle paraît assez vidé, le côlon est rempli de gaz. Iléo-transversostomie termino-latérale par implantation au bouton de Villard. *Suites* très simples. *Deuxième temps* le 29 septembre 1930 : Sous anesthésie à l'éther, incision oblique droite. L'anastomose est vérifiée, parfaite, le bouton n'est plus retrouvé à son niveau. Hémicolectomie droite typique, allant jusqu'à l'anastomose ; hémostase facile, péritonisation, petite mèche et drain. *Sur la pièce*, néoplasme ulcéro-végétant à l'union du cæcum et de l'ascendant, encore assez infecté ; peu de ganglions. *L'examen histologique* (Pr. agrégé Noël) montre un épithélioma cylindrique métatypique.

La malade, rentrée chez elle le 18 octobre, est en très bonne santé, sans troubles digestifs, en janvier 1932.

OBS. XIV. — *Mlle Ba...*, 40 ans. *Petit néoplasme du côlon ascendant, hémicolectomie droite en deux temps. Guérison datant d'un an.*

A eu autrefois une pleurésie ; crise douloureuse à caractère sub-occlusif il y a trois mois : appendicectomie à ce moment ; dans la convalescence, crises semblables, avec vomissements.

La malade vient à Lyon ; on perçoit une tuméfaction dans la fosse iliaque droite ; la radioscopie montre une sténose sur le côlon ascendant, néoplasme ou tuberculose. *Premier temps le 5 février 1931* : Sous rachianesthésie, laparotomie oblique droite. Néoplasme en virole, gros comme une noix, sur le milieu du côlon ascendant, très mobile. La terminaison du grêle est dilatée, mais vide (préparation pré-opératoire minutieuse). Iléo-transversostomie par implantation termino-latérale au bouton de Villard. *Suites* idéales. *Deuxième temps le 23 février 1931* : Rachi complétée par anesthésie à l'éther. On repasse par la même incision prolongée vers le haut. L'anastomose iléo-transverse est en parfait état. Hémicolectomie, le transverse étant sectionné à trois travers de doigt de l'anastomose. Péritonisation du décollement cæcal, fermeture totale, drain pariétal. *Sur la pièce* : néoplasme squirrheux sténosant de la partie moyenne de l'ascendant ; stase de matières liquides et fétides en amont, et de matières solides en aval. *Examen histologique* confirmatif.

Suites simples. Malade revue le 16 janvier 1932, en très bonne santé.

OBS. XV. — *Sr Ag...*, 43 ans. *Très grosse tumeur du caecum et du côlon ascendant. Hémicolectomie en deux temps. Guérison.*

A beaucoup maigri depuis quelques mois, pâleur ; souffre de la fosse iliaque droite, au niveau de laquelle on sent une tumeur. A la radioscopie, lacune à hauteur de l'angle droit. *Premier temps le 27 juillet 1931* : Sous anesthésie générale, laparotomie droite. Tumeur très dure du cæcum et de l'ascendant, peut-être encore enlevable, mais « limite ». Iléo-transversostomie termino-latérale par implantation au bouton de Villard. *Suites* simples : 40 jours après, amélioration de l'état général, mais anémie persistante ; tumeur toujours très volumineuse, mais plus mobile. *Deuxième temps le 11 septembre 1931* : Sous anesthésie générale, reprise de la première incision. Très bon état de l'anastomose et de l'enfouissement

iléo-cæcal. Hémicolectomie typique, section du transverse au ras de l'anastomose ; fermeture sur drain. *Sur la pièce*, énorme squirrhe hypertrophique du côlon ascendant, avec gros ganglions. *Examen histologique* confirmatif.

Suites simples avec légère suppuration pariétale. En janvier 1932, est en bonne santé.

3) Cancers du côlon gauche, morts opératoires et décès précoces d'affection intercurrente.

OBS. XVI (*In Lyon Chirurgical*, t. XX, n° 1, janvier 1923, p. 110).

Vieillard de 73 ans. Gros néoplasme de l'S iliaque, extériorisation et résection immédiate. Mort par ictus au 17^e jour.

Depuis six mois, hémorragies intestinales et signes de sténose incomplète. A l'examen, tumeur prolabée dans le Douglas. *Intervention le 5 septembre 1922* : Laparotomie médiane. Assez bas sur l'S iliaque, néoplasme gros comme une mandarine, que l'on extériorise assez difficilement au ras du pubis ; techniques de Hartmann et de Paul combinées. *Suites* simples, le malade, porteur d'un anus à éperon satisfaisant, se lève au 8^e jour. Mort par ictus au 17^e jour, hémorragie cérébrale probable.

OBS. XVII (*In Exposé de titres du Dr Santy*, 1923).

Femme de 76 ans, avec néoplasme squirrheux de l'S iliaque, tumeur mobile. Colectomie segmentaire par extériorisation et résection immédiate suivant le procédé de Hartmann-Paul.

Suites intestinales normales, mais décès au 30^e jour dû à des phénomènes pulmonaires.

OBS. XVIII. — *Femme de 50 ans*, opérée d'urgence pour occlusion rapide, pas d'antécédents. *Intervention le 8 octobre 1923*. Néoplasme en ficelle, avec méso rétracté par l'infiltration néoplasique. Extériorisation difficile, résection immédiate

suivant la technique Hartmann-Paul. *Suites* compliquées par l'avalement du bout supérieur qui, 8 jours après l'opération, est au fond de la plaie. Décès le 9 novembre 1923.

OBS. XIX. — M. Le..., 67 ans. Vu le 20 mars 1929, en état d'occlusion du gros intestin. *Dans un premier temps*, anus cæcal ; suites satisfaisantes, débâcle importante des matières. *Dans un second temps*, laparotomie ; néoplasme du côlon descendant qui remonte jusqu'à l'angle gauche. Colectomie gauche suivie de suture bout à bout. Décès.

OBS. XX. — Mme Ma..., 66 ans. Gros néoplasme de l'S iliaque, extériorisation et résection immédiate. Décès au 30^e jour.

Se plaignait d'un polype du rectum. En réalité, à l'examen, malgré la présence d'un ancien fibrome utérin à masses multiples et dures, on a la sensation d'un néoplasme de l'S iliaque que l'on croit percevoir dans la fosse iliaque gauche et qui doit s'invaginer de temps en temps dans le rectum. Les accidents auraient débuté il y a 15 mois. *Intervention le 28 novembre 1929* : Sous rachianesthésie, incision médiane. En réclivant en avant la masse fibromateuse calcifiée, on aperçoit, prolabée dans le Douglas, une tumeur non douteuse, située à la partie moyenne d'un S iliaque très long et à très grand méso. Il s'agit d'une tumeur grosse comme une mandarine, et non d'un squirrhe en ficelle. L'S iliaque en amont est très épaissi et un peu distendu. Fermeture de l'incision médiane, nouvelle incision oblique gauche. Extériorisation large de la lésion grâce au méso considérable, suture des deux lames péritonéales du méso au péritoine pariétal ; résection gênée, malgré les clamps, par les matières accumulées dans le bout supérieur. Adossement des deux bouts en canon de fusil, suture étendue du bord mésentérique des tranches ; tube de Paul. *Vérification histologique* : Epithélioma cylindrique métatypique.

Suites : Décédée au 30^e jour, après épisode de diarrhée profuse.

4) Cancers du côlon gauche, guérisons opératoires.

OBS. XXI. (*In Thèse Bertrand*). — *Cancer de l'angle gauche.*
1°) *Anus transverse.* 2°) *Résection segmentaire et suture bout à bout.* 3°) *Fermeture de l'anus transverse. Guérison opératoire, pas de suites éloignées connues.*

Homme de 64 ans, vu en état d'occlusion. Le 12 novembre 1919, anus sur le transverse. Le 4 décembre 1919, résection segmentaire, suture bout à bout ; il existe de petits ganglions dans le méso, en petit nombre. Le 18 janvier 1920, fermeture de l'anus transverse. Suites opératoires simples ; pas de résultat éloigné connu.

OBS. XXII. — *Mlle Va..., 56 ans. Néoplasme en ficelle de l'S iliaque passé inaperçu au cours de deux laparotomies exploratrices. Anus caecal. A la troisième laparotomie, découverte du squirrhe, résection de l'S iliaque et d'une anse grêle. Guérison maintenue pendant trois ans au moins.*

Il y a 20 ans, opérée d'un kyste hydatique du foie par MM. Tixier et Pollosson. Il y a six mois, crise de coliques, avec constipation pendant une semaine ; depuis 8 jours, nouvelle crise occlusive avec vomissements bilieux et distension abdominale ne portant que sur le gros intestin. *Première intervention le 3 mars 1920 : Sous rachianesthésie, laparotomie médiane ; grêle normal, ponction du transverse distendu ; fermeture de la laparotomie et boutonnière iliaque droite : anus cæcal. Une exploration rapide de l'abdomen n'a pas montré la cause de l'occlusion. Suites simples. Deuxième intervention le 7 avril 1920 : Laparotomie médiane sus et sous-ombilicale, tout le côlon est exploré, on ne trouve rien de suspect, seule la partie moyenne du transverse est entourée d'adhérences qui la fixent au foie ; libération à ce niveau. Le foie est très anormal, lobe droit minuscule, cicatriciel ; lobe gauche hypertrophié. Suites simples.*

Le 15 juin, nouvelle occlusion ; on dilate la fistule cœcale, les accidents cessent, mais le ballonnement persiste ; la radioscopie ne montre cependant rien d'anormal. *Troisième intervention le 1^{er} juillet 1920* : Sous rachianesthésie, laparotomie sous-ombilicale, on découvre un néoplasme en ficelle de l'S iliaque, qui adhère au détroit supérieur et à une anse grêle. Résection de 50 centimètres de grêle, anastomose au bouton. Résection de l'S iliaque, bout supérieur à la peau, bout inférieur enfoui.

Suites simples, bouton évacué au 15^e jour, bon état général. Part avec un appareil. Restée guérie au moins pendant trois ans. Nouvelle adresse inconnue.

OBS. XXIII. (*In Lyon Chirurgical*, t. XX, n° 1, janvier 1923, p. 110). — Mme W..., 50 ans. Néoplasme du côlon descendant, extériorisation, résection immédiate ; fermeture ultérieure de l'anus. Guérison datant de 10 ans.

Vue pour un syndrome douloureux de la fosse iliaque gauche, avec ténésme rectal. A l'examen, masse plaquée dans la fosse iliaque, douloureuse, avec distension du côlon descendant en amont. Un examen fait sous rachianesthésie ne renseigne pas davantage ; une radioscopie ne permet pas d'affirmer que la lésion siège sur le côlon. *Intervention le 14 mars 1922* : Sous anesthésie à l'éther, laparotomie gauche. Néoplasme du côlon descendant à son union avec l'S iliaque. Il n'existe qu'un méso très court, la paroi abdominale est épaisse ; et la tumeur est plaquée dans la profondeur. Extériorisation après décollement progressif du méso. Résection à péritoine fermé ; mise en place d'un tube de Paul dans chaque lumière intestinale.

Suites simples. Le 30 avril, on place un entérotome sur l'épéron de l'anus, et au début de juin, fermeture de la partie antérieure de l'anus restant. Sept mois après l'intervention primitive, il ne persiste plus qu'une fistulette stercorale minuscule que la malade se refuse à laisser fermer. L'opérée reste entièrement guérie en janvier 1932.

OBS. XXIV. — M. Co..., 50 ans. Néoplasme de l'S iliaque, extériorisation, résection immédiate. Métastase hépatique, mort dans l'année.

Vu en pleine occlusion du gros intestin, aurait eu des troubles digestifs depuis plusieurs mois, mais la radioscopie s'était montrée négative. Ballonnement extrême. *Première intervention le 20 octobre 1922* : Sous anesthésie locale, anus cæcal, évacuation de plusieurs litres de matières liquides. *Suites* simples, affaissement rapide de l'abdomen ; on sent alors une masse paraissant siéger sur l'S iliaque. *Deuxième intervention le 31 octobre 1922* : Sous rachianesthésie, laparotomie médiane. Néoplasme en ficelle de l'S iliaque avec énorme épaissement de la paroi intestinale en amont. Extériorisation, résection (Hartmann-Paul).

Suites troublées par l'infection du tissu cellulaire de la paroi ; gros fléchissement de l'état général. Le 20 janvier 1923, rentre chez lui, anus cæcal presque fermé ; ictère léger paraissant dû à une métastase hépatique. Mort dans l'année.

OBS. XXV. — Mme Te..., 46 ans. Gros néoplasme de l'S iliaque, extériorisation, résection secondaire. Récidive pariétale dix mois plus tard et décès.

Femme obèse, en occlusion depuis trois jours. Depuis deux mois, perte des forces, sang assez rouge dans les selles. A l'examen, bon état général, ventre énorme par le volume de la paroi et par le ballonnement qui n'est cependant pas bien considérable. Ventre moins tendu après morphine et glace. *Intervention le 4 décembre 1924* : Sous rachianesthésie, laparotomie exploratrice sus et sous-ombilicale. Grosse tumeur sur l'S iliaque. Fermeture de l'incision médiane, nouvelle incision à gauche, extériorisation et fixation à la paroi en canon de fusil. *Suites* simples, a fait quelques gaz malgré l'extériorisation. Le 6 décembre, sous anesthésie générale, section des deux bouts afférent et efférent de l'anse, et adossement en canon de fusil.

Suites simples. Mais récidive avec envahissement pariétal dix mois plus tard et décès.

OBS. XXVI. — *M. Ge...*, 42 ans. Gros néoplasme de l'S iliaque, extériorisation et résection secondaire. Métastase hépatique, mort.

Ethylisme ; depuis un an, est surveillé pour gros foie ; depuis quelques mois, diarrhée intermittente, parfois sanguinolente ; amaigrissement. A l'examen, tumeur de l'S iliaque encore mobile. *Intervention le 3 avril 1925* : Sous rachianesthésie, laparotomie médiane. Gros néoplasme de la partie moyenne de l'S iliaque, avec gros ganglions, chaîne sigmoïdienne. On glisse la main vers le foie, son lobe droit est farci de métastases. Extériorisation de la tumeur et fixation de l'anse à la gaze. *Le 7 avril*, résection de la tumeur, hémostase très importante, car le méso est épais et hémorragique.

Suites simples. Revu 2 mois après l'intervention ; anus en parfait état, souple. Teint jaunâtre, le foie est de plus en plus gros. Décès dans l'année.

OBS. XXVII. — *Mme Ch...*, 60 ans. Néoplasme en ficelle de l'S iliaque. Extériorisation et fistulisation immédiate, résection secondaire. Fermeture de l'anus. Décès un an après, fièvre typhoïde.

Constipation progressive depuis quelques mois ; coliques. Pas d'atteinte de l'état général. A l'examen, péristaltisme du côlon, paraissant aboutir à l'S iliaque. Au toucher, masse mobile se prolabant dans le Douglas. *Intervention le 2 octobre 1925* : Sous rachianesthésie, laparotomie médiane, côlons très distendus. Petit néoplasme en ficelle de la partie moyenne de l'S iliaque, mobile. Extériorisation avec fixation en canon de fusil, fermeture de l'incision au-dessus et au-dessous ; fistulisation, sur sonde de Nélaton, du bout afférent.

Suites : l'anse extériorisée tend au sphacèle. *Le 4 octobre*, résection de la partie extériorisée. Petit infarctus le 10 octobre. *Le 18 février 1926*, cure radicale de l'anus. *Suites* simples.

Part chez elle le 10 mars, entièrement cicatrisée ; très bon fonctionnement intestinal ; reprend du poids. Décès en octobre 1926, de fièvre typhoïde, après un rétablissement des plus complets.

OBS. XXVIII. — *Mme Be...*, 60 ans. *Squirrhe en ficelle de l'S iliaque. Anus transverse. Plus tard, extériorisation et résection immédiate. Fermeture secondaire des deux anus. Récidive au bout d'un an et mort.*

Occlusion intestinale sans troubles antérieurs. *Première intervention le 25 janvier 1929* : Laparotomie médiane, gros ballonnement du transverse, matières accumulées dans le côlon descendant. Fermeture de l'incision et laparotomie latérale gauche. Il s'agit d'un squirrhe atrophique en ficelle situé au tiers supérieur de l'S iliaque, avec un méso court qui fait remettre à plus tard l'exérèse. Anus transverse. *Deuxième intervention le 28 février 1929* : On repasse par l'incision gauche. Extériorisation progressive de la tumeur par traction sur le méso. Résection immédiate à péritoine fermé, réunion des deux bouts en canon de fusil. Fermeture de l'anus transverse le 8 juin 1929, et de l'anus iliaque le 28 juin ; il persiste pendant quelques jours une fistule iliaque, qui finit par se fermer spontanément.

L'opérée avait repris son travail, quand en avril 1930 elle maigrit, se plaint de vomissements glaireux. Nouvelle occlusion par récidive et décès le 27 mai 1930.

OBS. XXIX. — *Mme Ad...*, 66 ans. *Squirrhe en ficelle de l'S iliaque. Anus sur le côlon gauche. Plus tard, résection et suture bout à bout. Fermeture secondaire de l'anus. Guérison datant de deux ans.*

Occlusion datant de 8 jours, examen impossible. *Première intervention le 16 septembre 1929*. Sous anesthésie au Schleich, laparotomie latérale gauche, fistulisation du côlon gauche très distendu sur tube de Paul. *Deuxième intervention le 30 septembre 1929* : Laparotomie médiane. Petit néoplasme en ficelle,

mobile, de la partie moyenne de l'S iliaque. On est limité dans l'exérèse par la présence de l'anūs ; résection avec suture bout à bout, au bouton de Villard. *Vérification histologique* : Epithélioma typique. *Suites* compliquées par une accumulation de matières au contact du bouton dans le recto-sigmoïde ; extraction des matières et du bouton sous anesthésie générale. Le 9 novembre, fermeture de l'anūs sous anesthésie locale.

En janvier 1932, la malade est en excellente santé.

OBS. XXX. — M. Ro..., 53 ans. *Néoplasme du côlon descendant et de l'angle gauche. Drainage d'un abcès et caecostomie. Plus tard, iléo-sigmoïdostomie. Enfin extériorisation et résection immédiate suivie de suture bout à bout. Récidive et mort 9 mois après la résection.*

Mauvais état général, amaigrissement, selles irrégulières et infectes. Fièvre depuis 4 jours et apparition d'une masse considérable dans l'hypocondre gauche. *Première intervention le 21 juin 1929.* Laparotomie iliaque gauche. Le côlon descendant est soulevé par une masse inflammatoire ; après protection du grand ventre, on incise le péritoine postérieur en arrière du côlon, on évacue un gros abcès très fétide. Drainage. *Suites* : La température baisse, mais de la sub-occlusion apparaît, qui nécessite une caecostomie. Cette fistule se ferme vite. Un lavement baryté, le 11 juillet, montre qu'il persiste un obstacle sur le descendant.

Deuxième intervention le 15 juillet 1929 : Laparotomie médiane. Il s'agit d'un néoplasme du côlon descendant très haut situé, sous les côtes, inextirpable pour l'instant. Iléo-sigmoïdostomie termino-latérale au bouton de Villard. *Suites* troubles par une parotidite suppurée ; l'état général est satisfaisant. En septembre survient une hémorragie intestinale.

Troisième intervention le 3 janvier 1930 : Incision sur l'ancienne cicatrice gauche ; on pénètre avec peine dans la cavité péritonéale cloisonnée. Tumeur qui correspond à l'angle droit exactement ; extériorisation après décollement rétro-colique

et section du ligament suspenseur ; résection d'un assez large triangle de méso avec ganglions paraissant envahis. Résection de la tumeur à péritoine fermé, après adossement des deux bouts coliques en canon de fusil. Suture bout à bout des tranches de section. Mèche. *Examen histologique* : Epithélioma cylindrique envahissant même les franges épiploïques ; ganglion envahi.

Suites simples : après ablation de la mèche, petite fistule qui donne par regorgement. Décès le 6 octobre 1930, par récédive ayant évolué 6 mois.

Obs. XXXI. — M. Ba..., 60 ans. *Cancer colloïde de l'angle gauche. Caecostomie ; plus tard, iléo-sigmoïdostomie. Enfin, extériorisation et résection immédiate, suivie de suture bout à bout. Récidive par greffe sur l'iléo-sigmoïdostomie ; nouvelle anastomose et mort 6 mois plus tard.*

Vu en occlusion incomplète. Cæcostomie le 4 novembre 1929. Le 30 novembre, laparotomie médiane. Il s'agit d'un néoplasme assez mobile de l'angle gauche. Iléo-sigmoïdostomie au bouton de Villard, par implantation termino-latérale. Le 6 janvier 1930, incision oblique sous-costale gauche. Extériorisation de la tumeur du type squirrheux ; résection à péritoine fermé et rétablissement de la continuité par suture bout à bout incomplète. *Suites* simples, un peu de reflux des matières cependant. Fermeture de la fistule gauche le 19 février 1930.

Il s'agissait d'un épithélioma colloïde (*vérification histologique*, Dr J. Martin). Jusqu'au mois de décembre 1930, le malade a un bon état général, semblant seulement faire un peu de reflux colique, avec accumulation de matières dans le cæcum ; en réalité, c'était une récédive ; nouvelle crise occlusive qui oblige à réintervenir le 2 février 1931 : Ascite citrine ; nombreuses petites greffes péritonéales. Il existe une greffe du volume d'une noix qui oblitère complètement l'iléo-sigmoïdostomie, Anastomose latéro-latérale au bouton de Jaboulay entre l'anse grêle distendue et l'S iliaque. *Suites*

simples. Contre toute attente, l'opéré se maintient ; vu en septembre 1930, il a repris neuf kilogs ; mais on sent plusieurs tumeurs abdominales. Décès le 16 novembre 1931.

OBS. XXXII. — *Mme Ge...*, 50 ans. *Néoplasme de l'angle gauche ; caecostomie ; plus tard iléo-sigmoïdostomie. Enfin, extériorisation et résection immédiate, suivie de suture bout à bout. Guérison datant d'un an.*

Vue en occlusion ; anus cæcal le 27 novembre 1930. Le 18 décembre, *laparotomie*. Il s'agit d'un néoplasme de l'angle gauche, en ficelle, du volume d'une grosse noix. Iléo-sigmoïdostomie par implantation termino-latérale au bouton de Villard. Le 14 janvier 1931, *nouvelle laparotomie*. Incision transversale de Basy, qui conduit sur la tumeur. Libération de l'angle gauche à deux travers de doigt en amont de la tumeur située au début du descendant. Segment supérieur encombré de matières, segment inférieur vide. La tumeur est libérée de dedans en dehors, et réséquée ; rétablissement immédiat de la continuité par suture bout à bout ; par sutures des lèvres péritonéales, on exclut l'anastomose qui devient ainsi extra-péritonéale. *Suites simples*, petite fistule intestinale au niveau de la ligne de suture du côlon, dans l'espace exclu du péritoine. La fistule se tarit en quinze jours.

Deux mois plus tard, la cicatrisation est complète, mais on sent une induration suspecte au niveau du foyer de résection. Cette masse a complètement disparu en mai 1931, il s'agissait d'une induration inflammatoire. Malade revue en janvier 1932, en bonne santé, sans trace de récidence ; selles régulières.

OBS. XXXIII. — *Mme Ta...*, 50 ans. *Néoplasme en ficelle du transverse près de l'angle gauche. Extériorisation et résection immédiate. Fermeture ultérieure de l'anús. Guérison datant de huit mois.*

Vue en occlusion ; constipation habituelle très marquée. *Intervention le 5 juin 1931* : Sous rachianesthésie, laparotomie médiane sous-ombilicale. Néoplasme en ficelle de la partie

gauche du transverse, assez près de l'angle ; extériorisation très large ; anse en canon de fusil ; résection immédiate à péritoine fermé. Tube de Paul dans le bout supérieur. *Sur la pièce* : squirrhe serré, avec grosse rétro-dilatation de l'intestin. Pas de ganglions dans le méso. *A l'examen histologique* (Dr J. Martin) : Epithélioma cylindrique ulcéré.

Fermeture de l'anus le 17 juillet 1931. Malade bien portante en février 1932, aucun signe de récive, pas de troubles du transit intestinal.

OBS. XXXIV. — *Mme Se...*, 34 ans. *Néoplasme du côlon descendant, caecostomie ; plus tard, iléo-sigmoïdostomie. Enfin, colectomie totale. Guérison datant de 7 mois.*

Vue en occlusion. Le 10 avril 1931, laparotomie ; l'obstacle siège à l'origine du descendant, néoplasme mobile situé juste au-dessous de l'angle. Cæcostomie. *Suites* normales, sauf phlébite à gauche, légère, au 7^e jour. Le 8 mai 1931, laparotomie médiane sous-ombilicale ; le transverse paraît beaucoup trop plein pour qu'on puisse faire une anastomose entre le transverse et l'S iliaque, ce qui eut été cependant possible grâce à la longueur des côlons. Iléo-sigmoïdostomie difficile, grêle distendu par les gaz ; l'anastomose terminée, on voit que l'anse grêle utilisée est tordue sur elle-même et bridée par son propre méso ; débridement du méso et iléostomie de sécurité en amont. *Suites* simples. *Troisième intervention*. le 20 juin 1931 : Incision médiane, exploration de l'angle gauche qui ne semble pas avoir évolué depuis la dernière intervention. Colectomie de droite à gauche, compliquée par la longueur anormale du côlon et par la précédente cæcostomie ; le cæcum est très difficile à libérer à son niveau. On termine par section à l'origine de l'S iliaque ; enfouissement du bout terminal. *Examen histologique* (Dr Dechaume) confirmatif : Epithélioma typique ; un ganglion situé à 55 centimètres de la tumeur n'est pas envahi.

Suites légèrement troublées par une suppuration pariétale au niveau de l'orifice de cæcostomie, et par un léger œdème des jambes. Revue en octobre 1931 ; excellent état général,

a repris 9 kilogs, aucun trouble digestif ; de même en fin janvier 1932.

OBS. XXXV. — *Mme Mu...*, 60 ans. *Néoplasme en ficelle de l'angle gauche. Anus transverse ; plus tard, extériorisation et résection immédiate, suivie de suture bout à bout. Anus transverse qui sera fermé dans un temps ultérieur. Guérison opératoire.*

Vue en sub-occlusion. Dans les antécédents, castration totale pour fibrome à 46 ans. Douleurs abdominales surtout à gauche, depuis trois mois ; sang noir dans les matières à deux reprises. Assez bon état général. *Le 3 octobre 1931*, sous rachianesthésie, laparotomie sous-ombilicale. Néoplasme mobile de l'angle gauche, transverse distendu et bourré de matières. Fermeture de l'incision, nouvelle incision sus-ombilicale ; anus transverse avec tube de Paul. *Suites* simples d'abord, puis arrêt transitoire des matières pendant plusieurs jours, avec suppuration pariétale. Un mois après état général atteint ; les lavages injectés dans le bout supérieur ne passent pas par le rectum, la sténose étant trop serrée. *Deuxième intervention le 6 novembre 1931* : Sous rachianesthésie, incision oblique externe gauche, extériorisation, section du côlon à 6 centimètres au dessus et au dessous de la tumeur ; rétablissement immédiat de la continuité au bouton de Villard ; cloisonnement péritonéal par fixation du péritoine viscéral mésocolique au péritoine pariétal antérieur. Mèche et drain. *Sur la pièce* : squirrhe en ficelle, très serré, enlevé moins largement qu'on l'aurait cru tout d'abord ; sur la pièce rétractée, on ne trouve guère que 4 à 5 centimètres en amont et en aval de la tumeur. *Examen histologique* (Dr J. Martin) : Epithélioma tubulé et ulcéré.

Suites compliquées par une suppuration pariétale qui cesse au moment où le bouton anastomotique est extrait de la plaie au cours d'un pansement ; la brèche intestinale se comble rapidement. Les matières suivent le cours normal, l'anús transverse, en janvier 1932, persiste encore sous forme de fistule labiée qui sera à fermer dans quelque temps.

CHAPITRE III

Considérations sur la différence des résultats éloignés qu'apportent les opérations radicales dans les cancers du côlon droit et ceux du côlon gauche.

Des principales statistiques publiées, et de celle que nous venons d'apporter, nous avons cru pouvoir tirer cette conclusion que les colectomies droites pour cancer fournissent, dans l'ensemble, de meilleurs résultats éloignés que les colectomies gauches.

Mais si cette différence de pronostic dans les cancers coliques opérés radicalement — d'ailleurs discutée, puisque quelques opérateurs comme Okinczyc, comme Pauchet, semblent avoir soutenu l'idée contraire — nous a paru assez frappante, en revanche, il nous est bien difficile d'en fournir les raisons ; ne serait-ce pas

s'attaquer aux multiples problèmes que posent les évolutions plus ou moins rapides des différentes tumeurs cancéreuses ?

Nous nous contenterons simplement d'envisager cette question sous les différents angles anatomo-pathologique, clinique et opératoire, c'est-à-dire d'après les données qui nous sont habituelles, heureux si ces simples considérations nous permettent, non d'expliquer des faits, mais de nous les mieux représenter.

A) CONSIDÉRATIONS ANATOMO-PATHOLOGIQUES

1° Etude macroscopique des cancers du côlon droit.

Au niveau du côlon droit, le contenu intestinal d'une part est liquide — à l'inverse du côlon gauche où il est solide — et d'autre part est l'objet d'une intense fermentation qui résulte de l'action combinée d'éléments digestifs et bactériens. C'est ce qui explique que les cancers du côlon droit, s'ils sont rarement sténosants, seront par contre plus souvent infectés que les cancers du côlon gauche.

Habituellement le cancer droit revêt la forme encéphaloïde, caractérisée par une tumeur toujours assez volumineuse, plutôt molle et friable, vascularisée et de teinte violacée ; en faisant saillie dans la lumière de l'intestin, elle la déforme au point de ne laisser qu'un trajet irrégulier.

De telles tumeurs, de par leur tendance végétante, sont peu sténosantes, mais adhèrent aux régions voisines ; souvent infectées, elles retentissent sur le péritoine et sur le tissu cellulaire sous-péritonéal, d'où formation possible d'abcès péri-coliques, et infection des ganglions allant parfois même jusqu'à la suppuration. Cette infection se surajoute ainsi à l'envahissement néoplasique des ganglions ; ceux-ci occupent, dans le mésentère, le voisinage du côlon : bord interne de l'iléon, angle iléo-colique, et chaîne qui suit le bord interne du colon ascendant ; toutefois, dans le cancer de l'angle droit, non seulement l'envahissement des ganglions marginaux est précoce, mais encore l'arcade lymphatique marginale communique avec les lymphatiques du côlon transverse, ce qui augmente l'étendue du territoire susceptible d'envahissement.

2° Etude macroscopique des cancers du côlon gauche.

La forme encéphaloïde peut encore se voir au niveau du côlon descendant ; mais cependant, ici et surtout au niveau du côlon pelvien, c'est la forme squirrheuse qui domine, petit néoplasme annulaire, à tendance rétractile et serrant l'ensemble des tuniques intestinales à la façon d'une ficelle. Beaucoup moins infecté que le cancer droit, sa tendance essentielle est bien de créer une sténose et cela d'autant plus qu'ici le contenu intestinal est devenu solide. L'envahissement néoplasique des ganglions est analogue à celui des cancers droits ; pendant longtemps d'ailleurs cet envahissement resterait

marginal ; dans certains cas précoces, il peut même manquer.

Cependant, pour le cancer de l'angle gauche comme pour le cancer du côlon descendant, les lymphatiques qui longent les vaisseaux coliques gauches supérieurs peuvent communiquer largement avec le confluent sigmoïdien situé au-dessus du sommet du mésocôlon ilio-pelvien, dans la fosse iliaque gauche (P. Bertrand).

3° Etude microscopique des cancers des côlons.

Le cancer des côlons est un épithélioma cylindrique ; toutes ses formes se ramènent à deux ou trois types fondamentaux seulement. Avec Lecène, on peut envisager, en allant des formes typiques aux formes atypiques, et dans le sens de malignité croissante : l'adénocarcinome, le carcinome solide atypique, et le cancer colloïde.

a) *L'adéno-carcinome* est l'épithélioma typique du côlon ; il est formé de tubes pseudo-glandulaires et d'un stroma conjonctif.

Les tubes ou boyaux épithéliaux sont calqués sur les glandes tubulaires normales, mais présentent, outre l'absence de paroi propre, l'hyperplasie et les mitoses cellulaires particulières aux néoplasies. Le cancer prolifère peu dans la sous-muqueuse, et l'envahissement de la musculature est tardif, de même que l'extension aux lymphatiques. Par contre, les cellules inflammatoires sont nombreuses, parfois même on note la présence d'abcès miliaires au voisinage des cancers ulcérés.

Quant au stroma conjonctif, il est de développement variable, et ce sont ces variations qui conditionnent les deux aspects macroscopiques de l'épithélioma typique : grosse tumeur végétante du côlon droit, petit squirrhe du côlon gauche.

b) *Le carcinome solide atypique* est rare, ses boyaux ne revêtent plus en général la forme de tubes glandulaires. Les tumeurs qu'il constitue sont plus volumineuses que celles des épithéliomas typiques, et surtout la malignité en est bien plus considérable : elle se traduit par une infiltration rapide des tissus environnants, les rendant vite inextirpables, une atteinte ganglionnaire très précoce, des récidives rapides.

c) *L'épithélioma colloïde* enfin est formé d'alvéoles remplis tantôt de cellules colloïdes, tantôt de substance colloïde pure sans cellules. Il s'agit là d'épithéliomes avec sécrétion muqueuse exagérée, qui, macroscopiquement, donnent des tumeurs volumineuses, avec aspect gélatiniforme ou lardacé bien caractéristique. Classiquement ces cancers colloïdes sont considérés comme ayant une malignité considérable, et c'est avec raison ; cette question a été bien discutée ; pour certains auteurs la dégénérescence colloïde ne semble pas apporter de gravité spéciale au pronostic (*Duval*). En réalité, le cancer colloïde est très grave et, outre les souvenirs de nombreux opérateurs, des statistiques importantes peuvent en témoigner. *Rankin et Chumley*, de Rochester, ont trouvé que sur 3.202 cas de cancer du côlon et du rectum opérés à la clinique Mayo, il y en avait 158 de la variété colloïde, soit environ 5 %. Pour

ces tumeurs colloïdes, il a été pratiqué 122 résections, 12 opérations palliatives et 24 explorations : la survie moyenne après l'opération a été de 7 mois $1/2$. Lorsque les ganglions sont envahis, quels que soient le degré histologique de malignité et l'abondance de mucus, le pronostic est toujours mauvais.

La malignité du cancer colloïde est donc considérable. Il se voit plus souvent sur le côlon droit que sur le côlon gauche ; dans la statistique précédente, on en trouvait 42 pour le cæcum et le côlon droit, 26 pour le transverse, 17 seulement pour le côlon gauche. Cette fréquence plus grande pour le côté droit a certainement contribué au mauvais renom des tumeurs droites ; en réalité, le cancer colloïde n'est pas un néoplasme intestinal si courant qu'il puisse bien retentir sur le pronostic éloigné des cancers droits en général.

Telles sont, brièvement passées en revues, les données anatomo-pathologiques qui peuvent influencer le pronostic éloigné des cancers coliques. Un point nous paraît à retenir : c'est qu'il n'y a pas, dans la grande majorité des cas, de différences histologiques suffisantes dans la constitution des cancers droits et gauches, pour qu'on puisse s'appuyer sur elles dans la détermination des pronostics. Cancer droit et cancer gauche sont tous les deux des épithéliomas cylindriques plus ou moins typiques, seules les proportions de stroma fibreux diffèrent et conditionnent par leurs variations quantitatives les volumes de ces deux sortes de tumeur.

B) CONSIDÉRATIONS CLINIQUES

A l'idée de cancer des côlons s'attache une certaine impression de bénignité relative, quant au pronostic post-opératoire éloigné. On a même pu écrire, en donnant à cette expression toute la relativité qu'elle comporte, qu'il s'agit d'un « bon cancer ».

Dans les éditions récentes des traités classiques, comme dans les ouvrages plus anciens, c'est là une notion admise ; Mériel par exemple, dans le « Nouveau Traité de Chirurgie de Le Dentu et Delbet », déclare que, comme le cancer du corps utérin, le cancer des côlons reste longtemps local, qu'il évolue généralement lentement, qu'il se généralise peu, enfin que l'envahissement ganglionnaire reste longtemps limité au premier rang des ganglions, à ceux qui sont au contact immédiat de l'intestin.

En réalité, si ce dernier caractère nous semble très exact, parce que souvent vérifié par les opérateurs, en revanche nous trouvons que récidives et généralisations surviennent bien souvent : il suffit de parcourir les principales statistiques pour s'en convaincre : la récidive *in situ*, la récidive pariétale, l'envahissement péritonéal, les métastases hépatiques sont relativement fréquentes. Sans doute les récidives peuvent être l'objet d'une nouvelle intervention, exérèse ou nouvelle iléo-colostomie si l'ancienne anastomose se trouve oblitée.

rée par une greffe néoplasique ; de tels faits ne sont pas très rares et les réinterventions ont pu donner des survies appréciables, un an, deux ans. Il n'en reste pas moins que le pronostic éloigné des colectomisés pour cancer est bien réservé, surtout quand il s'agit de cancer du côlon gauche, ou du côlon pelvien.

On a considéré peut-être à tort que le cancer gauche est plus précocement diagnostiqué que le droit, du fait des crises occlusives qui sont habituelles aux squirrhes : en réalité, ceux-ci n'évoluent que lentement et le premier accès de sub-occlusion, que l'on considère comme un symptôme de début parce que l'interrogatoire a peine à le découvrir, n'est bien souvent qu'un phénomène tardif dans l'histoire du squirrhe.

Par contre, le diagnostic du cancer droit nous semble plus proche du début vrai de la maladie ; les infections dont il est rapidement le siège entraînent des troubles locaux douloureux et des phénomènes généraux souvent importants : fièvre, altération de l'état général, perte des forces. De même, les tumeurs droites tendent à se révéler aussi par des troubles gastriques d'ordre dyspeptique qui manquent rarement : indigestions sans cause, nausées, céphalée, anorexie ; on chercherait vainement leur équivalent dans les cas de tumeur gauche, au moins avec la même intensité.

Les tumeurs droites sont plus volumineuses que les autres ; elles ne sont pas pour cela plus anciennes. D'ailleurs le simple fait qu'elles siègent dans la fosse iliaque droite et l'hypocondre correspondant explique l'attention plus précise dont elles sont l'objet, de la part des malades comme de la nôtre : la crainte de

l'appendicite oblige à un examen plus minutieux ; en présence de douleurs droites, le malade redoute la lithiase biliaire et surtout l'appendicite ; alors qu'à gauche, un syndrome douloureux frappe beaucoup moins.

A gauche, combien de signes de début seront mis sur le compte d'une constipation déjà ancienne et à peine accrue ?

De même, en dehors de l'accident occlusif brutal qui force la main aussi bien dans les cas de tumeur droite que de tumeur gauche, la laparotomie sera plus volontiers proposée, plus facilement acceptée aussi, pour un syndrome colique droit que pour un syndrome colique gauche. Le diagnostic exact de tumeur nous paraît plus souvent établi pour un cancer droit que pour un cancer gauche : à droite, la tumeur est plus volumineuse, plus antérieure, plus accessible aussi du fait de cet élément inflammatoire qui, s'il assombrit le pronostic immédiat, ménage d'heureuses surprises à longue échéance. A gauche, la tumeur est très petite, plus profonde, souvent impossible à percevoir. Les cas ne sont même pas rares où la présence d'un cancer gauche soit restée méconnue au cours de la laparotomie : dans une de nos observations, un squirrhe de l'S iliaque n'a été découvert qu'au cours de la troisième laparotomie.

Sans doute, l'examen radioscopique permet souvent de préciser le diagnostic ; il montrera évidemment plus facilement une grosse tumeur végétante qu'un petit squirrhe. D'autre part, la radioscopie n'est utilisée qu'en présence de simples troubles du transit intestinal, et doit être évitée chez les malades en état d'occlusion ;

elle sera donc plus souvent pratiquée à droite, et contribuera, elle aussi, à rendre plus précoce l'intervention dans les cas de tumeur droite.

C) CONSIDÉRATIONS OPÉRATOIRES

1° *Les facteurs opératoires qui conditionnent en partie les résultats éloignés.*

Si les cancers du côlon droit fournissent, après colectomie, de meilleurs résultats éloignés que les cancers du côlon gauche, il ne faut pas oublier que les méthodes d'exérèse étant différentes, il semble au moins plausible de mettre en cause précisément l'emploi de ces diverses méthodes.

Dans les méthodes en plusieurs temps, la résection est immédiate, ou bien suit de quelques jours à peine l'extériorisation. La méthode en plusieurs temps n'apporte donc aucun retard appréciable dans l'ablation de la tumeur.

Par contre, certains chirurgiens ont accusé l'extériorisation d'entraîner une résection moins large et d'augmenter par là les possibilités de récurrence. En réalité, il est bien difficile de prendre parti, faute de documents suffisants. Cette question a été discutée pour la dernière fois en 1924 à la Société Nationale de Chirurgie : Schwartz, Hartmann ont défendu l'extériorisation, contrairement à l'opinion d'Okinczyk. Effectivement dans les 35 cas d'extériorisation présentés, les résultats éloi-

gnés sont au moins aussi bons que ceux des autres procédés de colectomie. Dans cette discussion, il ne s'agit, bien entendu, que des procédés d'extériorisation qui tiennent compte du mésentère et des ganglions, de type Mikulicz et de type Quénu ; l'extériorisation type Bloch, qui négligeait mésentère et ganglions, donnait des résultats éloignés franchement mauvais. Bloch, sur 15 cas, n'obtient que 2 résultats éloignés de 2 ans ou plus, tandis que Mikulicz, sur 15 cas également, en trouve 5.

Malgré tout, pour les cancers coliques comme pour tous les cancers, les exérèses doivent être larges, ce qui est plus aisément réalisable dans le cas de cancer droit.

A gauche, la colectomie reste trop segmentaire ; sans doute on veut réséquer un large éventail de mésentère en même temps que la tumeur ; vis-à-vis de l'intestin, on croit réséquer largement au cours de la section ; mais que de fois l'on voit ensuite, en examinant la pièce étalée, que l'exérèse a été moins importante qu'on l'escomptait ; à plus forte raison vis-à-vis du méso se montre-t-on, à son corps défendant, bien économe : la portion réséquée est un triangle qui s'effile en pointe à mesure qu'on s'éloigne de l'intestin ; comment compter sur l'ablation d'un aussi faible territoire lymphatique si l'envahissement néoplasique a franchi les ganglions marginaux ?

En revanche, *à droite*, la colectomie n'est pas aussi segmentaire qu'à gauche, c'est une hémicolectomie véritable qui réalise une exérèse satisfaisante aussi bien du méso susceptible d'être atteint, que de la tumeur colique elle-même ; il a suppression de la terminaison iléale, du cæcum, du côlon ascendant, de l'angle

droit, enfin d'une partie du transverse. Ce sont là des opérations graves sans doute, mais qui ont des avantages certains, même au point de vue immédiat : la mobilisation en bloc du segment iléo-cæco-colique par clivage rétro-péritonéal (*Duval*) facilite et garantit l'hémostase, supprime un sac septique, reporte l'anastomose intestinale sur une zone moins proche du dangereux tissu rétro-péritonéal.

Mais la large colectomie droite présente encore un avantage certain, c'est d'améliorer le pronostic éloigné. Un fait nous paraît bien démonstratif à cet égard, il nous est rapporté par *Lecène* en 1921, à la *Société Nationale de Chirurgie* : « Dans les sept cas que j'ai opérés depuis 1914, dit-il, j'ai examiné histologiquement toutes les pièces réséquées, et toujours j'ai trouvé des ganglions néoplasiques dans le mésocôlon ascendant, le long des artères coliques ; parfois même (dans trois cas), certains de ces ganglions étaient à la fois néoplasiques et suppurés. » Or, sur les 5 guérisons opératoires obtenues par *Lecène*, tous les résultats éloignés promettaient d'être satisfaisants : trois d'entre eux dataient de 2, 3 et 7 ans.

Nos observations, du moins les colectomies droites, toutes exécutées par M. Santy avec ce désir de réséquer largement intestin, mésentère et ganglions, apportent des résultats éloignés qui plaident dans le même sens. Jointes à ceux de nombreux opérateurs, ils ne peuvent que nous engager, selon l'expression même de *Lecène*, « à persévérer dans la voie de la colectomie ».

Des opérations aussi étendues ont cependant le très gros inconvénient d'une forte mortalité immédiate,

surtout si l'on ne renonce pas à reculer — dans des conditions raisonnables — les limites de l'opérabilité. Aussi, dans le but d'atténuer cette mortalité, tout en respectant le principe de la résection très large, notre Maître M. Santy pratique-t-il maintenant de façon systématique l'hémi-colectomie droite en deux temps ; les bons résultats obtenus nous incitent à entrer dans le détail de cette méthode.

2° *Les hémi-colectomies droites en deux temps*

En présence d'un cancer gauche, seules sont de mise les opérations en plusieurs temps, cette conduite est bien codifiée à l'heure actuelle ; quant au cancer droit, il est réséqué en un temps sauf s'il existe de l'occlusion ou si la tumeur est adhérente et infectée (Okinczyc, rapport au Congrès français de Chirurgie de 1922). En réalité *M. Santy préconise la méthode en plusieurs temps pour tous les cancers coliques : les cancers droits gagnent à être opérés en deux temps, et cela de façon systématique, même en l'absence de sub-occlusion, même en l'absence d'infection apparente.*

Il faut en effet considérer tout cancer droit comme infecté et qu'il existe avec lui, de façon constante, de la stase intestinale impliquant toujours une distension intestinale en amont. La préparation minutieuse des malades avant l'opération, pendant plusieurs jours, bien qu'indispensable, n'aura jamais une influence suffisante sur ces deux facteurs de gravité ; il nous a été facile de le vérifier au cours de toutes les résections : des matières restent en amont de la tumeur, et l'anse

qui précède l'obstacle est plus ou moins distendue ; quant à l'infection du cancer, elle existe toujours, bien que plus ou moins latente ; seulement elle se traduit localement par des caractères inconstants : l'augmentation de volume de la tumeur et sa fixité ; qu'ils existent, nous ne pouvons même pas les distinguer des caractères néoplasiques qui sont identiques. Bref, *stase et infection accompagnent le cancer droit* ; d'où la nécessité, selon nous, d'établir, avant l'exérèse, une dérivation interne. Cette dérivation, en réalisant l'exclusion unilatérale de la lésion, assurera sa mise au repos ; en transformant le transit intestinal, elle supprimera la distension de l'anse située en amont. Les phénomènes inflammatoires vont régresser, ce qui a pour résultat de mobiliser la tumeur, dans les limites permises par le degré d'envahissement néoplasique ; c'est là un des avantages bien connus de l'exclusion.

Le principe de cette méthode en deux temps étant justifié, passons maintenant au détail de son exécution : iléo-colostomie d'abord, hémicolectomie ensuite.

a) *L'iléo-colostomie* sera de préférence une *iléo-transversostomie*, que l'on place sur le transverse le plus près possible du point où s'arrêtera la future résection ; de cette manière il ne subsistera, en fin de compte, pas de cul-de-sac colique susceptible de se laisser distendre par le reflux des matières. Si, par suite des conditions opératoires, l'iléo-transversostomie se trouve être difficilement réalisable, on fera une iléo-sigmoïdostomie, cependant moins satisfaisante puisqu'elle permet le reflux sur une longueur de côlon importante.

Ces anastomoses, contrairement à l'usage (*Abadie*) seront presque toujours *termino-latérales*, exceptionnellement latéro-latérales. Sans doute la termino-latérale a-t-elle été l'objet d'une sorte de condamnation, on objecte qu'elle est de réalisation difficile et qu'elle expose à la mort par désunion des sutures (*Souligoux*). Ce reproche n'est pas justifié, on peut s'en rendre compte en lisant nos observations : M. Santy pratique l'anastomose termino-latérale par implantation au bouton de Villard, avec quelques points de suture au catgut pour consolider le tout. Le bouton s'évacue normalement vers le 12^e jour et ne donne pas lieu, ici, aux ennuis d'obstruction par accumulation de matières solides, avec distension de la zone d'union récente, que son emploi peut entraîner dans les colo-colostomies termino-terminales. Quant à l'anastomose latéro-latérale, nous lui faisons le reproche bien connu de laisser un cul-de-sac où les matières peuvent s'accumuler, au risque de rompre la suture située au fond du cul-de-sac (*Duval*). Cette anastomose nécessite aussi, remarquons-le, la fermeture en moignon de l'anse grêle, suture qui n'existe pas dans l'emploi de la termino-latérale, d'où gains de temps et de sécurité qui s'ajoutent à ceux qu'apporte l'utilisation du bouton.

b) *La colectomie droite* constitue le second et dernier temps qui suit le premier temps de 15 ou 20 jours en moyenne.

1^o Elle sera plus rapide qu'une colectomie en un temps, puisque le rétablissement de la continuité intestinale est fait par avance, d'où diminution du shock

opératoire. Ayant d'ailleurs moins de soucis au point de vue de l'intestin, l'opérateur portera plus volontiers ses efforts et son attention sur la résection mésentérique, sur le temps de l'exérèse ganglionnaire : *l'opération sera d'autant mieux adaptée à son but — la cure radicale d'un cancer — qu'elle aura, pour ainsi dire, moins à compter avec les temps intestinaux.*

2° La colectomie va gagner en sécurité parce qu'il n'existe plus maintenant, du fait de l'exclusion unilatérale, de stase intestinale avec distension de l'anse en amont ; l'état inflammatoire des tuniques a diminué, la tumeur est plus mobile. Même pour un néoplasme primitivement très libre, la dérivation améliore toujours les conditions de l'exérèse en réduisant au minimum la septicité du cancer d'une part, du contenu intestinal d'autre part.

3° Par la colectomie en un temps, on fait courir au malade un gros risque d'infection en établissant une anastomose intestinale en même temps qu'on met à nu le tissu cellulaire rétro-péritonéal par un décollement important ; *la péritonisation la plus soigneuse faite en fin d'opération n'écartera pas toujours le danger énorme que présente l'association simultanée de ces deux actes : décollement rétro-péritonéal et anastomose intestinale* au cours d'une stase variable. Dans la colectomie en deux temps, ce danger est écarté : *quand on établit l'iléo-transversostomie, le péritoine est intact ; quand on pratique le décollement, l'anastomose est étanche au même degré qu'une anse normale.*

4° Dans la colectomie en deux temps, la section et l'hémostase des vaisseaux du mésentère sont bien plus aisées : il est facile d'arrêter sa résection de telle sorte que les vaisseaux qui font vivre l'anastomose ne soient pas intéressés : le danger de gangrène de l'iléo-transversostomie est réduit au minimum, si tant est qu'il existe encore. Par contre, au cours de la colectomie en un temps, on redoute toujours de nuire à la vitalité de l'anastomose par la section des vaisseaux situés à la limite du territoire réséqué ; d'où tendance bien naturelle à réduire l'étendue de ce territoire. Remarquons aussi qu'une anastomose qui vient d'être établie a besoin d'une circulation parfaite pour que les sutures tiennent, tandis que l'anastomose déjà préétablie depuis quelque temps, bien vivante, pourrait se contenter à la rigueur d'une circulation moins abondante, si la colectomie proprement dite venait à intéresser un vaisseau trop voisin.

5° Ceci a également pour conséquence de permettre une suppression du côlon jusqu'à proximité immédiate de l'anastomose ; donc pas de cul-de-sac colique exposant au reflux, à la distension de la suture, au diverticule.

6° Le fonctionnement d'une iléo-colostomie n'est pas toujours un phénomène de réalisation immédiate, il peut fort bien, au lieu d'être à peu près instantané, ne s'établir qu'en plusieurs jours : cette éventualité, qui peut être désastreuse dans les colectomies en un temps, a bien moins d'importance quand la colectomie n'est

pas encore faite. Celle-ci ne sera exécutée que lorsque l'anastomose aura un fonctionnement assuré.

Si nous voulons résumer tous les avantages de la colectomie droite en deux temps, il nous semble commode d'envisager la succession de ces deux actes opératoires dans la pratique : d'abord *iléo-transversostomie*, faite à la limite de la future zone réséquée, loin du tissu cellulaire rétro-péritonéal et en l'absence de toute déperitonisation. Au bout d'une quinzaine de jours, *colectomie droite* : le moignon cæcal est parfois légèrement adhérent à une anse grêle ; décollement facile. On vérifie l'état de l'anastomose qui fonctionnait bien ces jours-ci ; l'anastomose apparaît bien vivante, le bouton n'est plus perçu à son niveau ; hémicolectomie jusqu'à son voisinage, avec large résection mésentérique et grande facilité d'hémostase, péritonisation complète ou terminée par une mèche. Opération moins longue qu'une colectomie en un temps, moins grave au point de vue de l'infection, et satisfaisante par son ampleur : les chances de guérison durable sont ménagées au maximum.

CONCLUSIONS

I. — Les cancers coliques droits et gauches ne fournissent pas, après colectomie, des résultats éloignés semblables.

II. — D'après les idées classiques, on devrait attendre de meilleurs résultats éloignés des cancers gauches que des cancers droits. Les cancers gauches, petits squirrhés d'évolution lente, mais de diagnostic précoce, grâce aux crises occlusives, n'auraient, après exérèse, que peu de tendance à récidiver ou à se généraliser. Par contre, les cancers droits, tumeurs volumineuses à évolution plus rapide, réserveraient plus de mécomptes.

III. — En réalité, certaines statistiques relativement récentes, et celle que nous apportons, qui se base sur les colectomies pratiquées pour cancer par M. Santy, tendent à prouver que le cancer droit donne de bien meilleurs résultats éloignés que le cancer gauche ; ce dernier récidive ou se généralise beaucoup plus fréquemment que le cancer droit.

IV. — Les causes de ces différences de gravité sont difficiles à préciser ; les tumeurs droites et les tumeurs

gauches ne sont pas de nature histologique bien dissimilable. Par contre, il semble que la révélation clinique de l'affection et que l'intervention soient plus précoces pour les cancers droits. Enfin, les colectomies droites sont des interventions larges qui permettent une exérèse ganglionnaire plus complète que ne le font, en général, les colectomies gauches.

V. — L'hémicolectomie droite, cure idéale du cancer droit, est une opération grave ; pour diminuer cette mortalité opératoire, tout en ménageant au maximum son caractère de large exérèse colique, mésentérique et ganglionnaire, qui sauvegarde l'avenir, M. Santy préconise l'hémicolectomie droite en deux temps, iléo-transversostomie d'abord, colectomie ensuite, et cela même en l'absence de toute complication d'ordre occlusif ou d'ordre inflammatoire. Cette méthode présente, selon nous, de nombreux avantages. Ainsi tous les cancers coliques, qu'ils soient droits ou gauches, doivent être, à notre avis, opérés en plusieurs temps.

Vu :

Le Doyen,

J. LÉPINE.

Le Président de la Thèse,

BÉRARD.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 5 Février 1932.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

A. LIRONDELLE.

BIBLIOGRAPHIE

- ABADIE. — Technique de l'extirpation des tumeurs du gros intestin. *XXXI^e Congrès français de Chirurgie*, octobre 1922, p. 283.
- ANSCHUTZ. — Contribution à la clinique du cancer du gros intestin. *Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Mediz. und Ch.*, 1906, p. 488.
- BASTIANELLI. — Sur le traitement des tumeurs du côlon. *Rivista ospedaliera*, t. III, n^o 20, 31 octobre 1913.
- BAZY. — Cancer du transverse, extirpation, guérison en 4 séances opératoires. Société de Chirurgie de Paris, 1906, *Bull.*, p. 1029.
- BÉGOUIN. — Technique et résultats de l'extirpation des tumeurs du gros intestin. *Congrès franç. de Chir.*, 1922, p. 13.
- BENSAUDE et GUENAU. — Le radiodiagnostic du cancer du gros intestin. *Archives des maladies de l'App. digestif*, 1917.
- BERTRAND (Pierre). — Etude sur le cancer du côlon transverse et de ses angles. *Th. de Lyon*, 1925.

- BILTON POLLARD. — Le cancer du côlon et son traitement par la colectomie. *The British Medical Journal*, 28 janv. 1904, p. 175.
- BOLOGNESI. — Tumeurs et pseudo-tumeurs sténosantes de l'hémicôlon droit. *Archivio italiano di chirurgia Bologna*, vol. XXVIII, fasc. 5, avril 1931, p. 473.
- BONNIOT. — Cancer de l'angle colique droit traité par hémicolectomie avec iléo-sigmoïdostomie. Soc. de Chir. de Lyon, séance du 30 octobre 1924, in *Lyon Chirurgical*, tome XXII, n° 4, janv. 1925, p. 76.
- BROWN (Paterson). — Cancer du côlon, trait. et résultats éloignés. *Edinburgh medical Journal*, 1926, vol. XXXIII, n° 1, janv. 1926, p. 10.
- CADE. — Diagnostic précoce des cancers de l'estomac et de l'intestin. *Paris Médical*, 1923, n° 13, 31 mars, p. 313.
- CAUCCI. — Obs. sur le cancer du côlon. *Annali italiani di Chirurgia*, 1924, t. III, f. 7, p. 679.
- CAVAILLON et PERRIN. — La colectomie dans le cancer du gros intestin. *Revue de Chir.*, 1908, n° 6, 10 juin, p. 761, et n° 7, 10 juillet, p. 130.
- CHARRIER et LEBOVICI. — De l'exérèse des cancers du côlon compliqués de gros abcès péri-néoplasiques. *Journal de Chir.*, t. XXXVII, n° 1, p. 1, janv. 1931.

- CHATON. — Cancer du gros intestin, rapport d'Okinczye.
Soc. Nationale de Chir., 1922. *Bull. et Mém.*,
p. 693.
- CLOGG. — Etude sur 72 cas de cancer du côlon. *The Lancet*, t. II, p. 1007, 3 octobre 1908.
- CONSTANTINESCU. — Colectomie pour cancer. *Revista de Chirurgia* (Bucarest), janv. 1923, n° 1.
- COPE. — Cancer du côlon. *Medical Press. and Circular*,
12 juin 1912, t. CXLIV, n° 24.
- *The British medical Journal*, 28 sep. 1912,
p. 753.
- COTTE. — Extériorisation dans les tumeurs du côlon.
Soc. de Chir. de Lyon, 26 octobre 1922. *Lyon Chirurgical*, 1923, n° 1, p. 115.
- *Soc. de Chir. de Lyon*, 14 février 1924, *Lyon Chir.*, 1924, p. 510.
- CRAENNE (DE). — Les cancers ulcérés du côlon. *Journal médical de Bruxelles*, t. XVII, juin 1912.
- GRAMMER. — Diagnostic du cancer du gros intestin.
Münchn. med. Wochenschrift, juin 1902, p. 993.
- CRUET. — De la meilleure technique opératoire applicable à la méthode d'extériorisation dans l'extirpation des cancers coliques. *Thèse de Paris*, 1914,
p. 177.
- DELBET (Paul). — Indic. opér. dans le traitement des cancers coliques. *Paris Chirurgical*, mars 1924,
p. 125.

DENK. — Les opérations radicales du cancer du gros intestin. *Archiv. für Klin. Chirurgie*, t. LXXXIX, f. 2, p. 667.

DESCOMPS et TURNESCO. — La circulation lymphatique du gros intestin. *Revue de Chir.*, 1923, p. 329.

DESMARET. — Technique de la résection de l'angle gauche du côlon pour cancer. *Journal de Chir.*, 1918, n° 6, p. 575.

— Importance de la vascularisation des bouts intestinaux après les gastrectomies et colectomies. *Presse Médicale*, 24 janv. 1923, n° 7, p. 69.

DOWD. — Les avantages de l'opération en deux temps (Mikulicz) dans la colectomie partielle. *Annals of Surgery*, t. LXXI, n° 2, février 1920, p. 155.

DUCAN PARHAM. — Le cancer colloïde du gros intestin. *Annals of Surgery*, janv. 1923, p. 90.

DUVAL (Pierre). — Sur les indic. de la colectomie intra-abdominale et des colectomies extra-abdominales dans le cancer des côlons. Soc. de Chir. de Paris, 9 juillet 1913, in *Bull. et Mém.*, t. XXXIX, n° 26, 15 juillet 1913, p. 1070.

— La colectomie totale dans les cancers du côlon. *Bull. et Mém. de la Soc. nationale de Chir.*, 1919, p. 1365.

— A propos du traitement du cancer du côlon transverse. *Bull. et Mém. de la Soc. nationale de Chir.*, 1924, p. 489.

— Sur l'iléo-colectomie et la suture termino-ter-

minale. *Bull. et Mém. de la Soc. nationale de Chirurgie*, 1921, t. XLVII, p. 793.

DUVERGEY. — Technique et résultats de l'extirpation des tumeurs du gros intestin. *Congrès français de Chirurgie*, 1922, p. 822.

ENGELSMANN. — Diagnostic et chirurgie du cancer du côlon. *Th. de Doctorat*, Leipzig, 1909.

ERDMANN. — Chir. du gros intestin, considérations générales et relation d'une série de cas. *American Journal of Surgery*, 24 sept. 1910, n° 9, p. 269.

ERDMANN et CARTER. — Les tumeurs du côlon. *New-York medical Journal and medical Record*, 7 juin 1922, p. 649.

ERDMANN et CLARK. — Tumeurs du cæcum. *Annals of Surgery*, vol. LXXXV, n° 5, mai 1927, p. 722.

FISCHER. — Diagnostic, pronostic et trait. des tumeurs du gros intestin. *Klinische Wochenschrift*, 16 avril 1925, p. 760.

GIBBON. — Résection du côlon pour cancer et tuberculose. *Annals of Surgery*, 3 sept. 1909, p. 362.

GOETSCH. — Diagnostic et trait. du carcinome du côlon. *Archives of Surgery*, vol. XVIII, n° 4, avril 1929, p. 998.

GOULLIoud. — Entérectomies pour cancer du côlon (résultats anciens). *Lyon Chirurgical*, 1923, n° 2, p. 256.

- HABERER (Von). — Sur les résections du côlon. *Archiv für klinische Chirurg.*, 1911, t. XCIV, p. 907.
- HARTERT. — Comment peut-on améliorer la résection du côlon ? *Archiv für klinische Chirurgie*, 13 mai 1922, p. 643.
- HARTMAN, LECÈNE et OKINCZYC. — Travaux de Chirurgie anatomo-cliniques, Paris, 1907.
- HARVEN (de). — Chirurgie du côlon. *Le Scalpel*, avril 1924.
- HORSLEY. — Onze cas de résection de l'intestin. *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, t. VIII. n° 3, mars 1919, p. 285.
- HUSTIN. — A propos de quelques cas de cancer du gros intestin. *Annales de la Société belge de Chirurgie*, juin-octobre 1913, t. XXI, p. 163.
- ISEMEIN et POINSO. — Physiologie des côlons. *Gazette des Hôpitaux*, n° 54, 5 juillet 1924.
- JABOULAY et CAVAILLON. — La cure radicale du cancer du côlon. *Lyon Médical*, 1908, p. 707.
- JABOULAY et CHALIER. — Cancer de l'angle droit du côlon, guéri depuis sept ans par l'opération en trois temps. *Lyon Médical*, 1912, n° 49, 8 décembre, p. 956.
- JAMIESON et DOBSON. — Les lymphatiques du côlon, applications spéciales au traitement du cancer du côlon. *Annals of Surgery*, décembre 1909, t. L, n° 6, p. 1077.

JONES et HAYDEN. — Cancer du côlon (66 cas). *Boston medical and surgical Journal*, 11 sept. 1924, p. 471.

JOUFFRAY. — Formes cliniques du cancer du gros intestin. *Thèse de Lyon*, 1906-1907.

KÖRTE. — Sur le trait. chirur. des tumeurs malignes du côlon. *XVII^e Congrès international de Médecine de Londres*, in *Archiv für klinische Chirurgie*, 1913, t. CII, p. 562.

LANE (A.). — Cancer et stase intestinale. *The Practitioner*, avril 1924, t. CXII, p. 205.

— Cancer du côlon, causes et trait. *The Lancet*, 1920, p. 1184.

— Colectomie totale ; indic., technique, accidents, résultats. *Presse médicale*, 3 avril 1921, p. 613.

LECÈNE. — Sur les résections du côlon droit. *Bull. et Mém. de la Société nationale de Chirurgie*, 4 mai p. 592.

LEFEBVRE. — Physiologie chirurgicale du gros intestin. *Société des chirurgiens de Paris*, 1^{er} décembre 1922.

LENORMANT. — Cancer du côlon transverse, colectomie en un temps. *Soc. nationale de Chirurgie*, 14 nov. 1923. *Bull. et Mém.*, p. 1325.

LOCKART MUMMERY. — Le traitement de l'occlusion aiguë pour cancer du côlon. *The Lancet*, 25 nov. 1922, p. 1117.

LOCKART MUMMERY. — Technique de la résection et de l'anastomose du côlon pour tumeurs. *Proceedings of the Royal Society of Medicine* (Londres), août 1925, n° 10.

LORIN. — Introduction à l'étude du traitement chirurgical des adénopathies dans le cancer des côlons transverse et gauche. *Journal de Chirurgie*, t. XXIX, n° 2, février 1927.

LOUBAT. — Sur la résection du gros intestin pour cancer. *Soc. de Méd. et Chir. de Bordeaux*, 19 décembre 1924. *Gazette hebdomadaire des Sc. méd. de Bordeaux*, 1925, t. XLVI, p. 34.

MALCOLM. — Survie après l'opération pour cancer annulaire du gros intestin. *The British medical Journal*, 16 avril 1921, u. 559.

MARTEL (De). — *Congrès français de Chirurgie*, 1922.

MATHIEU (A.). — Le cancer intestinal. *Journal des praticiens*, 3 sept. 1910.

— Considérations relatives au cancer du gros intestin et à sa localisation. *Journal de Médecine de Paris*, 2 nov. 1912.

MAYO (W. J.). — Chirurgie du gros intestin. *Annals of Surgery*, juil. 1909, p. 200.

— Opérations radicales pour la cure du cancer de la seconde moitié du gros intestin. *The Journal of the American medical Association*, t. LXVI, n° 18, 28 octobre 1916, p. 1279.

MÉRIEL. — Les affections chirurgicales du gros intes-

tin, in *Nouveau Traité de Chirurgie de Delbet et Schwartz*. Paris, 1924.

MEYER. — Résection du côlon ascendant et du transverse pour cancer. *Annals of Surgery*, février 1912, p. 322.

MILLER. — Cancer du côlon. *Annals of Surgery*, août 1923, p. 209.

— Foyers malins primaires multiples dans le cancer du côlon. *Annals of Surgery* 1924, t. LXXX, p. 456.

MOSCOWICZ. — La résection du gros intestin par la méthode de l'extériorisation. *Archiv für klinische Chirurgie*, t. CXVI, n° 2, 30 juillet 1921, p. 260.

MOUTIER et GIRAULT. — Anatomie path. du cancer du côlon pelvien. *Archives des maladies de l'Appareil digestif et de la Nutrition*, t. XI, 1926, p. 260.

MOYNIHAN. — Chirurgie du gros intestin. *Semaine médicale*, 26 août 1908.

NORDMANN. — Chirurgie du gros intestin. *Berliner Gesellschaft für Chirurgie*, 11 février 1924.

OKINCZYK. — Traité de Chir. anatomo-clinique de H. Hartmann, 1907.

— Rapport au Congrès français de Chirurgie, 1922.

— Le cancer de l'intestin. Paris, 1923.

PAUCHET. — Le cancer du côlon et son trait. *Journal de Médecine de Paris*, 7 octobre 1922, p. 707.

— La colectomie pour cancer. *Paris chirurgical*, 1924, p. 170.

— Cancer colique droit. *Société de Médecine de Paris*, 24 mai 1924 (*Bull. et mém. de la Soc.*, p. 378).

— Cancer colique gauche. *Société de Médecine de Paris*, 11 mars 1924 (*Bull. et Mém.*, p. 193).

— Cancers coliques, les colectomies bénignes. *Soc. de Médecine de Paris*, 9 janv. 1925 (*Bull. et Mém.*, p. 45).

PERMAN. — Traitement opératoire du cancer du côlon. *Acta chirurgica Scandinavica*, vol. LXI, fasc. 2-3, décembre 1926, p. 257.

PETERMANN. — Résultat du trait. du cancer du côlon. *Archiv für klinische Chir.*, 1908, t. LXXXVI, p. 53.

PEUTOT. — Contribution à l'étude du cancer de l'angle sous-hépatique du côlon. *Thèse de Lyon*, 1904-1905.

QUÉNU. — In *Thèse de Cruet*, Paris, 1914.

RADICE. — Considérations sur 47 cas de chirurgie du côlon. *Anali italiani di Chirurgia*, n° IV, 1924, p. 384.

RANKIN et SCHOLL. — Résection du côlon proximal pour cancer. *Archives of Surgery*, vol. VII, n° 2, sept. 1923, p. 258.

RANKIN. — Le choix de l'opération dans le cancer du côlon. *Journal of American medical Association*, t. LXXXIII, 12 juil. 1924, p. 86.

RANKIN et CHUMLEY. — Cancer colloïde du côlon et du rectum. *Archives of Surgery*, vol. XVIII, n° 7, janv. 1929, p. 129.

RICHARD. — Trait. opératoire des cancers du côlon transverse. *Journal de Chir.*, t. XXVIII, n° 5, nov. 1926, p. 513.

ROBINEAU et LAFFITE. — Technique et résultats de l'iléo-colectomie. *Archives des maladies de l'Appareil digestif et des mal. de la Nutrition*, t. XVI, n° 10, déc. 1926, p. 1097.

ROMANIS. — Le cancer du côlon. *The British medical Journal*, 2 février 1924, p. 183.

RUSSEL. — Cancer du gros intestin. *Annals of Surgery*, 1924, t. LXXIII, n° 6, p. 755.

SANTY. — Cancers du côlon traités par la colectomie. *Soc. de Chirurgie de Lyon*, 19 octobre 1922 (in *Lyon chirurgical*, 1923, t. XX, p. 110).

SCHWARTZ. — Trait. chirurgical du cancer du côlon. *Paris médical*, 2 avril 1921, p. 272.

SCHWARTZ et HARTGLASS. — Trait. du cancer du côlon gauche par l'extériorisation. *Journal de Chirurgie*, avril 1924, p. 337.

SOULIGOUX. — De l'ablation des cancers du gros intestin par l'extériorisation. *Bull. et Mém. de la Société nationale de Chirurgie*, 12 nov. 1913, p. 1420.

— A propos des anastomoses intestinales. *Bull. et Mém. de la Soc. nationale de Chir.*, 1921, t. XLVII, p. 849.

VAUDEAU. — Contribution à l'étude de la chir. des cancers du côlon. *Thèse de Lille*, 1912-1913.

VIANNAY. — Statistique personnelle de 12 cas de coelctomie pour cancer. *Lyon chirurgical*, 1^{er} juillet 1914, t. XII, p. 1.

VILLEMEN, MONTAGNE et HUARD. — Sur les lymphatiques du côlon gauche. *Société de Biologie*, 1924.

VUICHOD. — Résultats éloignés des traitements opératoires du cancer du gros intestin et du rectum. *Thèse de Lausanne*, 1913.

WALDENSTROM. — Statistique de cas de cancer du gros intestin. *Nordisches mediz. Archiv.*, 1914, t. XVII, f. 1, p. 19.

ZACCARINI. — Evolution clinique et anatomique du cancer du côlon. *La Clinica Chirurgica*, 30 avril 1910, t. XVIII, n° 4, p. 953.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	11
CHAPITRE PREMIER : <i>Statistiques récentes de colectomies pour cancer</i>	15
A) Les différents procédés de colectomie pour cancer	15
B) Les résultats des colectomies pour cancer selon les données des principales statistiques récentes	19
CHAPITRE II : <i>Statistique des colectomies pour cancer exécutées par M. Santy au cours de la période 1919-1931</i>	33
A) Vue d'ensemble des résultats	34
B) Observations	36
CHAPITRE III : <i>Considérations sur la différence des résultats éloignés qu'apportent les opérations radicales dans les cancers du côlon droit et ceux du côlon gauche</i>	57
A) Considérations anatomo-pathologiques	58
B) Considérations cliniques	63

C) Considérations opératoires	66
1) Les facteurs opératoires qui conditionnent en partie les résultats éloignés	66
2) Les hémicolectomies droites en deux temps	69
CONCLUSIONS	75
BIBLIOGRAPHIE	77

IMPRIMERIE DE TRÉVOUX

==== G PATISSIER =====

==== TRÉVOUX (AIN) =====

